

DE LA DISJONCTION

N^o 7

DE LA

SYMPHYSE PUBIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 novembre 1907

PAR

Fernand DUBLET

Né à Marseille, le 10 juillet 1877

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SIGARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. DE ROUVILLE

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	N...
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRE	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. IMBERT (A.), <i>président</i> .	MM. SOUBEIRAN, <i>agrége</i> .
FORGUE (*), <i>professeur</i> .	RICHE, <i>agrége</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL DUBLET

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR ANTONIA DUBLET

A MES NEVEUX PAUL ET ANDRÉ GORCE

F. DUBLET.

A MON GRAND-PÈRE JEAN DUBLET

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MES ONCLES ET A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

F. DUBLET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. IMBERT

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEF DU SERVICE D'ÉLECTROTHERAPIE ET DE RADIOGRAPHIE DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ P. SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ V. RICHE

F. DUBLET.

A M. LE PROFESSEUR CARRIEU

A M. LE PROFESSEUR TRUC

A MM. LES PROFESSEURS HAMELIN, MAIRET,
TÉDENAT, DE ROUVILLE, VALLOIS, VEDEL

A MM. LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS GAGNIÈRE
GALAVIELLE, GUÉRIN-VALMALE
JEANBRAU, LAGRIFFOUL, PUECH

F. DUBLET.

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir le dernier acte de sa scolarité, et avant de quitter les Maîtres dont il s'est plu à suivre les leçons, l'étudiant, se conformant à un usage établi depuis longtemps, remercie dans les premières lignes de sa thèse, tous ceux qui collaborèrent à son éducation.

S'il ne s'était agi que d'obéir à une tradition, notre plume, très indocile, se serait certainement refusée à écrire une dédicace dont la banalité le dispute souvent au convenu. En plaçant en tête de notre modeste travail ces quelques lignes, nous avons voulu montrer notre reconnaissance à tous ceux qui nous guidèrent dans nos études ; aussi est-ce avec joie que nous avons saisi l'occasion qui nous était offerte de la leur témoigner.

Que nos chers parents recoivent ici l'hommage de notre inexprimable affection ; c'est grâce à eux que nous sommes devenus ce que nous voulions être, nous ne l'oublierons jamais.

M. le Professeur A. Imbert a bien voulu nous recevoir, modeste collaborateur, dans son service d'électrothérapie et de radiographie, nous l'en remercions profondément. L'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, augmente encore notre dette de reconnaissance à son endroit : avec nos remerciements, nous lui adressons l'hommage de notre profonde et respectueuse sympathie.

Nous avons eu le grand honneur d'être l'assistant de M. le

Professeur Forgue et nous garderons le souvenir agréable de son enseignement si riche en documentation clinique autant que de sa technique, si rigoureusement précise.

C'est aux leçons de M. le Professeur Carrieu que nous devons nos connaissances médicales proprement dites : à plusieurs titres nous resterons attaché à ce Maître distingué, dont nous avons si souvent admiré le sens clinique et la science thérapeutique.

Durant notre scolarité, nous avons eu la bonne fortune de connaître l'enseignement des maladies syphilitiques et cutanées du regretté Professeur Brousse, à la mémoire de qui nous adressons notre hommage ému et respectueux.

Grâce à l'enseignement de M. le Professeur et doyen Mairet, notre stage à la clinique des maladies mentales et nerveuses nous fut profitable au double point de vue de notre éducation professionnelle et de notre instruction générale.

Nous ne saurions trop remercier M. le Professeur Truc de son enseignement remarquablement méthodique et pratique qu'il prodigue à la clinique ophtalmologique, et dont il nous fit largement profiter. Nous gardons l'agréable souvenir de notre passage dans ce service, où il nous a reçu d'une façon si bienveillante.

M. le Professeur Rauzier nous enseigna avec la maîtrise qui le caractérise les maladies des vieillards, ce n'est point dans son service de l'Hôpital général que la visite se réduit à « une promenade à travers les salles ».

MM. les Professeurs-agrégés Puech et Guérin-Valmale, nous guidèrent dans l'étude de l'obstétrique, ainsi que M. le Professeur Vallois ; nous leur adressons tous nos remerciements.

M. le Professeur-agrégé Soubeyran fut pour nous un maître plein de bienveillance, auquel nous adressons l'expression de notre vive gratitude.

Nous sommes heureux d'avoir suivi les consultations de M. le Professeur Hédon sur les maladies du nez, des oreilles et du larynx, celles de M. le Professeur-agrégé Jeanbrau sur les maladies des voies urinaires et nous les remercions de l'accueil si bienveillant qu'ils nous firent toujours.

MM. les Professeurs-agrégés Gagnière, Galavielle, Lagriffoul, Riche, furent pour nous autant des amis que des maîtres que nous regrettons de quitter.

Nous prions enfin les Maîtres dont nous avons suivi les leçons dans cette Ecole de vouloir bien recevoir avec nos remerciements l'hommage de notre profond respect.

Docteur F. DUBLET.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA DISJONCTION

DE LA

SYMPHYSE PUBIENNE

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons comme sujet de thèse, n'a d'autres prétentions que de vouloir grouper des faits cliniques bien observés, des documents rigoureusement précis, pour servir à une étude d'ensemble des disjonctions de la symphyse pubienne.

Cette étude d'ensemble n'est point faite. Les accoucheurs, depuis longtemps, connaissent les relâchements ligamentaires que la grossesse provoque dans les articulations de la symphyse pubienne, comme dans les autres articulations pelviennes, et ils admettent qu'ils peuvent amener, s'ils sont trop accentués, des disjonctions des surfaces articulaires.

Les chirurgiens, pour leur part, considèrent les luxations de la symphyse pubienne, comme des curiosités cliniques et les traités, même les plus volumineux, ne consacrent que quelques lignes à cette lésion.

Est-ce à dire que l'extrême rareté de cette luxation en

rende l'étude oiseuse, sinon inutile ? ou bien l'observation en est-elle particulièrement difficile ?

Sans aucun doute, la disjonction des pubis, de quelque facteur étiologique qu'elle relève, n'est pas banale, du moins n'a-t-elle pas été souvent constatée jusqu'à ces derniers temps ; toutefois dans le service de M. le professeur A. Imbert, trois cas de ce genre furent observés en deux ans. Déjà Murville, en 1849, avait laissé entendre que cette lésion était moins rare qu'on ne le pensait communément.

Evidemment, ce diagnostic, par les moyens d'investigations ordinaires, est malaisé, sinon impossible parfois, mais maintenant que la radiographie nous fournit l'image exacte des lésions, il se peut très bien que les cas observés deviennent plus nombreux.

Dans notre travail, nous envisageons seulement la disjonction de la symphyse pubienne, de quelque facteur étiologique qu'elle relève, nous laissons de côté les disjonctions de cette articulation associées aux luxations des autres articles du bassin ; nous ne parlerons pas, non plus, des luxations de la symphyse pubo-pubienne observées en même temps que des fractures du bassin.

Disjonction, déplacement, chevauchements, subluxations, luxations des pubis sont souvent pris comme termes synonymes dans les cas où la symphyse pubienne est lésée, nous essayerons de bien préciser les lésions qui correspondent à ces termes.

Dans un premier chapitre, passant en revue les faits observés, nous traçons l'histoire de la question.

Une description anatomique de la symphyse pubienne suit cet aperçu : nous montrons, suivant Poirier, comment il faut envisager cette articulation au point de vue de la classification syndesmologique : ce n'est pas une

vaine controverse que de vouloir ranger la symphyse pubienne soit dans le groupe des arthrodies, soit dans celui des amphiarthroses : du type anatomique d'une articulation, ne résulte-t-il pas en effet des types différents de luxations ?

De cette esquisse anatomique découlent quelques considérations physiologiques montrant le rôle que joue la symphyse pubienne dans la statique du bassin.

Nous présentons immédiatement après, une série d'observations qui représentent tout ce qui a été réuni jusqu'à présent, comme faits cliniques, sur la disjonction traumatique de la symphyse pubienne. Nous ne donnons pas d'observations sur les disjonctions reconnaissant comme facteurs étiologiques, soit les malformations embryologiques, soit la gestation et l'accouchement, ceci pour deux raisons : la première, et la plus importante, parce que ces observations citées partout ne sont nullement discutées, la deuxième pour ne pas augmenter inutilement le volume de la brochure. — Deux observations citées dans la thèse de Ravanier, sont mentionnées au chapitre des complications, cela porte à 22 le nombre des cas signalés.

Parmi nos observations, il en est trois qui furent prises dans le service d'électrothérapie et de radiographie des hôpitaux de M. le professeur A. Imbert, où ces clichés sont conservés, la dernière portant le n° 20 est inédite ; nous avons pu l'établir dans sa forme définitive, autant par les documents que nous avons recueillis, que par les renseignements que nous a très obligeamment communiqués le Docteur Malbois, de Bessèges, ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

Nous avons reproduit par un dessin au simple trait, les clichés conservés à Montpellier, cela suffit à donner une idée de la lésion décrite.

Dans le chapitre portant pour titre : anatomie pathologique, nous passons en revue les lésions observées, nous aurons ainsi l'explication de certains symptômes.

Nous étudions ensuite les facteurs étiologiques de la lésion qui nous occupe, les causes étant connues, nous essayons, chemin faisant, d'expliquer le mécanisme de la disjonction.

Le diagnostic de diastasis ou de luxation de la symphyse pubienne n'est pas du tout commode, aussi étudiant les symptômes, nous essayons de rechercher les causes qui le rendent malaisé.

L'étude du pronostic suit naturellement celle des complications, puisqu'il dépend en grande partie de ces dernières.

Dans un dernier chapitre, nous indiquons les ressources thérapeutiques dont nous disposons, autant contre la lésion elle-même, que contre les complications.

L'index bibliographique qui suit donne tous les ouvrages de référence sur la question, et à ce titre, nous l'avons fait aussi complet que possible.

Notre modeste travail n'a aucune prétention, mais comme il nous a intéressé, les recherches auxquelles il a donné lieu, ont été assez longtemps poursuivies, et par ce fait assez complètes ; à ce titre, nous avons la satisfaction de pouvoir dire, avec Montaigne, ce que l'on devrait dire de toute publication : « ceci est un livre de bonne foy ».

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les premières observations sur les luxations du bassin et du pubis en particulier furent faites chez la femme.

Hippocrate, dans son livre *De naturâ pueri*, dit que les os des hanches se disjoignent, au moins lors du premier accouchement, et il regarde cette disjonction comme nécessaire pour faciliter l'expulsion du fœtus. Galien, Aetius, Avicenne et les arabistes admettaient la théorie hippocratique.

Jacques, d'Amboise, en 1570, en présence des chirurgiens de Paris, au nombre desquels se trouvait maître Ambroise Paré et Séverin Pineau, disséqua une femme de 24 ans, pendue dix jours après ses couches, chez laquelle l'os pubis surpassait le niveau de l'autre au moins d'un demi-poucê quand on relevait la cuisse droite.

Ambroise Paré admettait l'écartement des pubis « quelquefois deuant l'enfantement, et principalement à l'heure que l'enfant sort ».

Guillemeau (L'heureux accouchement) raconte que chez quelques femmes, il a manifestement entendu craquer et vu s'entr'ouvrir la symphyse pubienne, qui pouvait même admettre le doigt. Il admettait, et son opinion est aujourd'hui confirmée, que ce relâchement graduel des ligaments commence dans les premiers temps de la grossesse.

Colombus, Moriceau, Monro refusaient d'admettre

l'opinion de ces auteurs, tandis que Riolan, Fabrice de Hilden, Harvey, Santorini, Morgagni, Haller partageaient les idées de Paré et de Guillemeau.

Daniel Ludovic, en 1670, publie un traité : « De dislocatione ossium pubis in partu ». Olaüs Acrel, à Stockholm, en 1778, publie un cas de disjonction de la symphyse qui fut suivi d'un abcès de la région pubienne.

Baudelocque cite quelques faits de rupture de la symphyse pubienne. Desgranges, en 1786, en publie un cas dans le *Journal de médecine et de chirurgie* de Paris. Piet, en 1797, écrit une « Dissertation sur l'écartement des os du bassin dans le travail de l'enfantement ». Stoltz, en 1832, inspire à Bach une thèse sur ce sujet. Poulet et Chassagny, en 1864, recherchent la force nécessaire à la production de la rupture de la symphyse.

Tous les accoucheurs modernes étudient ces relâchements ligamentaires, qui peuvent aboutir au diastasis et à la luxation ; les observations ne manquent pas.

Toutefois, les luxations des symphyses de la ceinture pelvienne, pour une cause extérieure, nous dit Malgaigne, sont restées totalement inconnues jusqu'au XVIII^e siècle.

Cameron, en 1747, publie un cas de luxation des pubis vérifié par l'autopsie.

Tenon, dans les mémoires de l'Institut, donne une observation curieuse de cette luxation chez un jeune homme.

Philippe, maître ès-arts et chirurgie à Chartres, dans le tome IV des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* de 1781, cite le cas d'un portefaix qui regut sur le dos un sac de blé. L'autopsie montra une luxation sacro-iliaque, mais la symphyse pubienne ne fut pas observée ; d'ailleurs Malgaigne conteste fortement la valeur de l'observation... et de l'observateur.

Martin, dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* de 1765, cite un cas de séparation totale des os pubis entre eux.

Sir Astley Cooper, Lente, Hall, Murville, Salleron fournissent des observations, citées par Malgaigne, par Hamilton, qui proclament l'extrême rareté de la lésion et reconnaissent qu'on la trouve plus souvent associée à une fracture du bassin.

Gallez, dans la *Revue médicale belge* de 1876, apporte un nouveau cas de disjonction de la symphyse pubienne.

Dans sa thèse, Moreau cite un cas très bien observé à Lille en 1900. Mignon, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* de 1902, fait une communication sur un cas de sub-luxation du pubis gauche ayant entraîné une rupture totale de l'urètre membraneux et qui avait été diagnostiqué : fracture du pubis avec déchirure extra-péritonéale de la vessie.

Bazy, dans ce même bulletin et à propos du cas du docteur Mignon, cite un nouveau cas de disjonction qui avait été pris pour une fracture du pubis.

Chaput déclare, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* de 1902, avoir constaté, pendant son internat à Bicêtre, une lésion identique.

Mateff, dans sa thèse de Montpellier en 1906, cite une observation accompagnée d'une radiographie d'une luxation traumatique de la symphyse pubienne chez un mineur pris sous un éboulement. Ce cas avait été présenté à la Société des sciences médicales de Montpellier par nos maîtres MM. les professeurs Forgue et A. Imbert et par notre excellent ami le docteur H. Marquès, chef de laboratoire de physique biologique ; il fut ensuite publié dans les *Archives d'électricité médicale* du professeur Bergonié.

Aux observations citées dans Malgaigne, Hamilton,

Salleron, à celles parues dans les thèses du docteur Moreau à Paris et du docteur Mateff à Montpellier, nous pouvons ajouter trois faits nouveaux.

C'est d'abord une observation de MM. Curtillet et Bordet parue dans les *Archives des laboratoires et des hôpitaux d'Alger* en janvier 1906.

Nous avons ensuite une observation publiée par le docteur H. Marquès dans le *Montpellier médical* de 1907, observation accompagnée d'un dessin au trait du cliché qui nous fut communiqué par notre ami.

Entin, grâce à l'amabilité du docteur Malbois, de Bes-sèges, nous publions une observation inédite qui porte à 22 le nombre de cas de luxations traumatiques de la symphyse pubienne que nous connaissons jusqu'à présent.

CHAPITRE II

ANATOMIE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

L'articulation interpubienne ou bi-pubienne, la symphysis pubis de Quain, Schambeinsynchondrose de Henle, appelée encore articulation pubo-pubienne et plus communément symphyse pubienne, réunit en avant et sur la ligne médiane les deux os coxaux.

Longtemps mal connue, l'on a fort discuté pour lui assigner un rang dans la classification syndesmologique.

Vesale et Weitbrecht la considéraient comme une symphyse parfaite. Lenoir, dont l'opinion fut confirmée par Luschka, se basant sur la dissection de vingt-quatre sujets, l'avait rangée parmi les arthrodies.

D'après Henle, jusqu'à la septième année, les deux surfaces articulaires sont unies dans toute leur hauteur, par une substance fibreuse dans laquelle le microscope seul peut déceler des lacunes qui se réunissent plus tard pour former la fente de l'articulation adulte.

Sappey la regardait comme une véritable amphiarthrose « moins parfaite que celle des corps vertébraux, mais beaucoup plus complète que l'articulation sacro-iliaque. Placée entre celle-ci et les premières, elle contribue à adoucir la pente presque insensible qui conduit des articulations mobiles aux articulations semi-mobiles ». Il se basait sur la disposition du cartilage interpubien qui rappelle celle

des fibro-cartilages intervertébraux. « L'analogie est manifeste, éclatante. Ce fibro-cartilage doit être assimilé à celui des amphiarthoses ; il n'en diffère nullement... Il présente une épaisseur moyenne de 3 millim., son contour est elliptique ; comme tous les ligaments du même ordre, il se compose de deux portions très différentes : l'une périphérique, dense et résistante ; l'autre centrale, molle, creusée d'une cavité à parois irrégulières ».

Cette description admise par Tillaux, était d'ailleurs celle de tous les classiques.

Pourtant, dans un mémoire paru en 1874, Tenon donnait une description plus exacte car elle était basée sur de nombreuses coupes faites en collaboration avec M^{me} Lachapelle ; il montrait que cette articulation pubo-pubienne se présentait dans l'espèce humaine sous deux types différents : l'un où l'article est à un seul cartilage, l'autre où il est à deux, et qu'il ne faut donner aucun de ces modes comme unique ». Il appliquait ses données anatomiques à « l'opération Sigaultienne » qui à ce moment soulevait d'ardentes controverses.

La conception actuelle de l'anatomie de la symphyse pubienne est conforme à celle de Tenon, c'est la description des ouvrages si répandus de Poirier, de Testut.

Surfaces articulaires. — Les surfaces articulaires sur chaque pubis sont fortement rugueuses, parsemées d'aspérités irrégulières, chez quelques sujets cette surface est parcourue par des crêtes parallèles entre elles.

La forme de ces surfaces articulaires est celle d'un ovale ou d'une ellipse, dont le grand axe se dirige obliquement en bas et en arrière.

Ces surfaces articulaires sont planes généralement, parfois un peu excavées, d'autres fois elles sont circon-

crites par un rebord qui est plus ou moins saillant sur lequel s'attache le ligament interpubien.

Ces surfaces osseuses articulaires regardent en dedans et un peu en avant, de telle sorte que, sur le squelette elles sont plus rapprochées l'une de l'autre par leur bord postérieur que par leur bord antérieur, constituant entre elles un intervalle en forme de coin, dont la base se trouverait en avant.

A l'état frais ces surfaces articulaires sont encroûtées par une couche très résistante de cartilage hyalin qui présente une épaisseur variable suivant l'âge, le sujet.

En réalité, la description du traité de Poirier et Charpy n'envisage pas ce revêtement cartilagineux d'une manière aussi simple, et d'après la nature de ce revêtement des surfaces osseuses, d'après la constitution des moyens d'union, elle établit deux types articulaires : 1° articulation constituée en arthrodie, c'est-à-dire un genre d'article de la classe des diarthroses caractérisées par des surfaces articulaires planes ou à peu près, par des ligaments disposés plus ou moins régulièrement autour de l'article, par une mobilité relative réduite au seul glissement ; 2° articulation constituée en symphyse, c'est-à-dire un genre d'article de la classe des articulations intermédiaires entre les articulations mobiles comme les diarthroses et les articulations tout à fait immobiles comme les synarthroses, et ces amphiarthroses, sont caractérisées par des surfaces articulaires planes ou légèrement excavées, par une couche de cartilage hyalin revêtant dans toute leur étendue les surfaces articulaires, par des ligaments périphériques, par un disque fibreux ou fibro-cartilagineux, d'une épaisseur variable, situé entre les deux surfaces articulaires.

Premier type : articulation constituée en arthrodie. —

Dans cette variété chaque facette articulaire est revêtue en totalité ou en partie d'un cartilage d'encroûtement qui appartient à la variété hyaline ; la surface de ce cartilage est lisse, brillante, humide.

Un fibro cartilage interpubien va d'une empreinte d'insertion à l'autre, sa constitution rappelle celle des fibro-cartilages qui unissent entre eux les corps vertébraux, sa substance devient plus molle dans les couches profondes.

Le fibro-cartilage limite, avec les facettes articulaires, une cavité centrale, sorte de fente très étroite, à parois irrégulières ; il est beaucoup plus épais en avant qu'en arrière, où il est seulement représenté par une mince lamelle qui peut ne pas exister. Sa forme est celle de l'interstice qu'il occupe ; étroit là où il s'interpose aux facettes articulaires, il s'élargit en avant, affectant une forme conique.

La cavité articulaire est, comme les facettes cartilagineuses qui la circonscrivent, plus rapprochée de la face pelvienne de l'article ; ses dimensions sont très variables, souvent réduites à une simple face, parfois les surfaces peuvent s'écarter de 2 à 3 millim.

On a constaté souvent des travées fibro-cartilagineuses traversant obliquement la cavité articulaire. Tenon, Luschka, ont rencontré sa division en deux chambres distinctes par un fibro-cartilage, vertical et médian. Barkow l'a vue divisée en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure, par un fibro-cartilage.

Poirier, sur une femme morte au septième mois de la grossesse, a noté un dédoublement imparfait de la cavité articulaire, par un fibro-cartilage vertical et médian.

Henle, Luschka, Sappey ont constaté que les parois de

la cavité sont parfois inégales, anfractueuses et présentent notamment au niveau du bord postérieur des prolongements irréguliers, qui résultent de la destruction partielle du fibro-cartilage par fonte de cellules cartilagineuses.

Ces divers états représentent, dit Poirier, « des degrés de cette transformation qui amène la symphyse à l'état d'arthrodie à la fin de la grossesse. Ce qui nous explique la mobilité plus grande de l'articulation bi-pubienne au terme de la gestation ».

Second type: articulation constituée en symphyse. —

Un autre type, plus fréquent chez l'homme, est caractérisé par la disparition progressive du cartilage hyalin et l'envahissement du fibro-cartilage. Souvent le cartilage hyalin a complètement disparu et les deux os sont réunis par un fibro-cartilage qui occupe toute l'épaisseur de l'interligne. Si l'on écarte alors le pubis sur une coupe transversale ou horizontale pour rechercher la fente articulaire, on obtient très facilement le décollement du fibro-cartilage, implanté directement sur les facettes osseuses. Dans ces cas, la cavité articulaire n'est plus représentée que par une sorte de fente médiane, irrégulière, quelquefois bifurquée; ou bien elle est remplie d'une matière jaunâtre, ou bien elle n'existe pas du tout.

Tels sont les deux types sous lesquels se présente l'articulation pubienne; c'est chez la femme morte peu après l'accouchement que l'on rencontre le type parfait de l'arthrodie, avec une cavité articulaire bien circonscrite et une synoviale munie de villosités.

Sur 22 sujets de tout sexe, mais âgés, 7 fois seulement l'articulation bi-pubienne du type arthrodie a été trouvée par Poirier.

Moyens d'union. — Le fibro-cartilage représente le principal moyen d'union mais de plus l'articulation est enveloppée d'une gaine fibreuse complète, plus épaisse en avant qu'en arrière, dans laquelle se trouvent des points renforcés ou ligaments.

Ces ligaments sont antérieur, postérieur, supérieur et inférieur ou, pour mieux les orienter, on peut les diviser en supérieur, inférieur, antéro-inférieur, postéro-supérieur.

En réalité ces ligaments ne sont pas tellement différenciés que l'on ne puisse se contenter de la simple description de Debierre: «Tous ces ligaments sont continus et forment une véritable capsule».

Sur le ligament antérieur ou mieux antéro-inférieur viennent s'étaler les fibres tendineuses des muscles qui viennent s'attacher sur le pubis: le pyramidal, grand droit de l'abdomen, grand oblique de l'abdomen, droit interne et adducteur de la cuisse; à ces faisceaux tendineux s'ajoutent quelques fibres ascendantes venues de l'ischio-caverneux, des corps caverneux; tout ce feutrage contribue à augmenter la résistance de ce ligament.

Le ligament postérieur ou postéro-supérieur, beaucoup moins résistant, s'étale sur la face endo-pelvienne de l'article.

Le ligament supérieur se continue en haut et sur la ligne médiane avec la ligne blanche abdominale par l'intermédiaire de l'*adminiculum lineæ albæ*.

Le ligament inférieur, ligament sous pubis, ligament triangulaire, ligament arqué, ligamentum arcuatum, s'implante à ses deux extrémités droite et gauche, sur la partie interne de la branche descendante du pubis; son bord supérieur adhère au fibro-cartilage inter-osseux; son bord inférieur concave, en adoucissant l'angle de

réunion des deux pubis, forme entre ces deux os une arcade régulièrement courbe tournée du côté des ischions; c'est l'arcade pubienne des accoucheurs, autour de laquelle se défléchit la tête du fœtus au moment de son dégagement à la vulve. Cette arcade est plus évasée, plus arrondie chez la femme que chez l'homme.

Rapports anatomiques.— La face antérieure ou antéro-inférieure de la symphyse pubienne revêtue par le ligament antérieur doublé du feutrage formé par l'entrecroisement des fibres tendineuses, émanées des muscles grands droits, pyramidaux, grands obliques, moyens adducteurs et droits internes auxquelles se joignent quelques fibres ascendantes venues des corps caverneux et de l'ischio-caverneux, est en rapport chez la femme avec le coude formé par les corps caverneux du clitoris, avec le ligament suspenseur du clitoris. Dans l'écartement formé par les racines des corps caverneux du clitoris, se trouvent des veines qui font communiquer les veines clitoridiennes avec celles du bulbe du vagin.

Superficiellement la symphyse répond à l'épaisse couche cellulo-graisseuse du mont de Vénus, à la peau et à la commissure supérieure de la vulve.

Chez l'homme, nous rencontrons des organes homologues : les corps caverneux du pénis, avec le ligament suspenseur, la veine dorsale profonde, les veines caverneuses postérieures, la couche cellulo-adipeuse du pénil, enfin la peau.

La face postérieure ou mieux, postéro-supérieure répond à la face antérieure et inférieure de la vessie qui en est séparée par un espace virtuel, cavité de Retzius ou espace prévésical, sorte de nappe cellulo-adipeuse renfermant de nombreuses veines. Au niveau du bord infé-

rieur de la face postérieure de la symphyse, cette loge prévésicale est en quelque sorte fermée par des fibres tendineuses, pseudo ligaments, qui se réfléchissent de la vessie sur la symphyse.

Le bord supérieur de la symphyse répond sur sa lèvre antérieure aux tendons inférieurs du pyramidal et du grand droit de l'abdomen; sur sa lèvre postérieure, à une petite lamelle fibreuse de forme triangulaire qui s'insère sur cette lèvre par sa base, tandis que son sommet, dirigé en haut, vient se perdre sur la ligne blanche, c'est l'adminiculum lineae albae ou contrefort inférieur de la ligne blanche. Entre l'adminiculum d'une part, le pyramidal et le droit d'autre part, se trouve un espace triangulaire le *cavum supra-pubicum* de Leusser, comblé par un paquet cellulo-adipeux.

La partie inférieure de la symphyse doublée du ligamentum arcuatum, se continue avec le ligament de Carcassonne ou aponévrose périnéale moyenne; un peu au-dessous se trouve la partie supérieure du canal de l'urètre qui, perforant cette aponévrose périnéale moyenne, passe du bassin dans le périnée.

Vaisseaux.— De nombreuses artérioles se répandent sur les deux faces de la symphyse pubienne et viennent s'anastomoser par de fins rameaux sur la ligne médiane. A la partie supérieure de l'articulation se trouve un rameau sus-pubien de l'épigastrique, qui chemine transversalement à 1 ou 2 millimètres au-dessus du pubis et qui, s'anastomosant sur la ligne médiane avec le rameau homonyme du côté opposé, constitue une première arcade, l'arcade sus-pubienne, toujours de petit calibre, « grosse comme une aiguille de couturière » dit Farabeuf.

La face postérieure est irriguée par un rameau rétro-pubien de l'obturatrice. Cette artère se résout en de nombreux ramuscules divergents qui se distribuent au pubis et au périoste pelvien ; d'autres rameaux s'anastomosent sur la ligne médiane avec des ramuscules homonymes donnant les arcades transversales rétro-pubiennes. L'une de ces arcades plus développée que les autres, immédiatement accolée à l'os, dit Poirier, présente parfois un calibre tel qu'elle peut nécessiter l'application de deux ligatures.

A la face antérieure de la symphyse nous rencontrons de nombreuses artérioles fournies par la honteuse externe supérieure et par la circonflexe postérieure.

A la partie inférieure, l'artère honteuse interne, passant du bassin dans le périnée, envoie un petit rameau ascendant au ligament arqué.

Nerfs. — Peu connus, dit Testut, ils émanent vraisemblablement, en partie du honteux interne, branche du plexus sacré, en partie des abdomino-génitaux, branches du plexus lombaire.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR LA SYMPHYSE PUBIENNE

Les mouvements qui peuvent se produire, à l'état normal, dans les articulations du bassin, sont d'une amplitude à peine appréciable. Il ne s'y peut passer, étant données les dispositions anatomiques, que de très légers glissements rendus possibles par la laxité de l'appareil ligamentaire ; d'ailleurs ces mouvements sont plus étendus dans les symphyses sacro-iliaques que dans l'articulation des pubis.

L'amplitude de ces mouvements varie du reste suivant l'âge, le sexe, les sujets et, si nous admettons qu'au niveau des pubis, on rencontre tantôt une articulation du type arthroïde, tantôt un article du type amphiarthrose, il est évident qu'en ce point nous trouverons une mobilité plus grande dans le premier cas que dans le second.

Toutefois, l'amplitude de ces mouvements, fort restreinte chez l'homme, peut acquérir chez la femme un degré plus accentué et c'est ce que l'on constate en effet pendant la grossesse.

C'est un fait admis à l'heure actuelle, que pendant tout le cours de la gestation, l'appareil ligamentaire du bassin subit un lent travail de relâchement qui, amenant une plus grande laxité, permet des déplacements assez accusés

des surfaces articulaires les unes par rapport aux autres.

Hunter, Morgagni, Pineau, A. Paré constatèrent plusieurs fois sur des femmes récemment accouchées « les pubis chevauchants et mobiles ». Tenon a trouvé sur une femme morte, 19 jours après ses couches : « une articulation véritable et mobile ».

Pineau avait remarqué que « l'écartement ne se fait pas également chez toutes les femmes : la distraction est plus grande aux unes et moindre aux autres, selon la grandeur et le volume du fœtus ». Il cherchait à expliquer ce relâchement : « pendant tout le temps de la grossesse, les cartilages, qui séparent les os du bassin, sont humectés et ramollis par une humeur qui les pénètre, les fibres ainsi arrosées s'allongent et les cartilages, en augmentant d'épaisseur, font entre elles l'office de coins, qui donnent un plus grand diamètre à la capacité du bassin ».

M^{me} Boivin a trouvé entre les pubis d'une gestante un intervalle de 25 millim. Bayer a noté un intervalle de 12 millim. entre les surfaces osseuses sacro-iliaques.

Jacquemier, citant Ansiaux, admettait que ces relâchements au cours de la grossesse seraient plus accusés chez les femmes à bassin rétréci que chez celles à bassin normal.

Budin, pratiquant le toucher vaginal sur une gestante debout, qu'il faisait piétiner sur place, constatait nettement l'élévation des pubis, puis leur abaissement à chaque pas.

L'anatomie comparée a montré des faits analogues chez les animaux. On a constaté sur la femelle du cobaye un ramollissement, un relâchement des ligaments interpubiens qui se laissent distendre, au point que les deux pubis, qui en dehors de la gestation sont étroitement unis, se trouvent séparés au moment de la parturition par un

intervalle de 25 millim. Barlow a constaté chez la vache, non plus sur les pubis qui sont alors synostosés, mais sur les articulations sacro-iliaques, les mêmes processus de relâchement.

Sans rechercher ici par quelles transformations histologiques se produisent ces modifications dans l'élasticité des ligaments, nous pouvons constater que ce lent travail, amenant une plus grande mobilité des pièces osseuses, facilite l'augmentation des diamètres pelviens et par suite favorise, dans une certaine mesure, le travail de l'accouchement.

Cette modification eutocique, dirait-on volontiers, risque, lorsqu'elle est trop accentuée, de devenir un fait pathologique d'une certaine gravité. Les surfaces osseuses articulaires, n'étant plus maintenues en rapport intime, tendent à glisser les unes sur les autres, à chevaucher pendant les mouvements, gênant ainsi la marche et pouvant, si le diastasis est trop accentué, aboutir à la subluxation et même à la luxation complète.

Quel est le rôle que joue la symphyse pubienne dans la statique du bassin ?

Le bassin, dans la station debout, peut être schématisé, dit Freund, par un angle dont le sommet est constitué par la base du sacrum ; en ce point viennent agir le poids du tronc ; d'autre part les contre-pressions du sol transmises par les têtes fémorales viennent agir aux deux extrémités de cet angle, représentant schématiquement le bassin ; sous l'influence de la pesanteur qui agit surtout au sommet du cintre, les deux os iliaques auraient une tendance à s'écarter s'il n'y avait pas de pubis, mais ces deux os sont réunis en avant par la symphyse qui forme le tirant pubien, lequel limite cet écartement. Du reste, ajoute Keiffer, de Bruxelles, dans le premier chapitre de

la pratique des accouchements publié sous la direction de Bar, Brindeau et Chambrelent, auquel nous empruntons les lignes ci-dessous : « chez les femmes atteintes d'extrophie de la vessie, malformation qui s'accompagne de diastasis des pubis, ces deux os s'écartent considérablement l'un de l'autre sous l'influence de la position verticale (bassin fendu de Litzmann) ».

Dans la station assise, dit le même auteur, citant toujours Freund, le poids du corps agit toujours au niveau de la base du sacrum et les contre-pressions se font sur les ischions. Sous l'influence de la pesanteur, les deux ischions auraient une tendance à s'écarter s'il n'y avait pas les branches ischio-pubiennes qui conjuguent les deux extrémités du cintre.

En somme, le pubis est dans le squelette du bassin, suivant une très heureuse expression, « l'arc boutant de la ceinture pelvienne ».

On pourrait se demander pourquoi cette ceinture pelvienne n'est pas constituée par une seule pièce, ou du moins par des pièces intimement synostosées, si l'on ne pensait au rôle dynamique joué par les articulations. La fonction des articulations est avant tout de permettre des mouvements plus ou moins étendus des pièces osseuses les unes par rapport aux autres ; mais à côté de cette propriété que possèdent à un haut degré les diarthroses, il en est une autre non moins utile. Au niveau des pièces osseuses constitutives de l'articule, il se produit une décomposition des forces qui viennent agir sur elles, d'où une plus grande résistance aux traumatismes. De plus, l'appareil ligamentaire, les surfaces cartilagineuses ou fibro-cartilagineuses de l'articulation, par leur élasticité propre, amortissent d'une façon fort appréciable les forces

qui s'exercent sur les surfaces en contact, augmentant d'autant la résistance aux causes vulnérantes.

En réalité, les trois articulations qui réunissent entre elles les trois pièces osseuses de la ceinture pelvienne, constituent trois solutions de continuité dans cette ceinture, « trois brisures » qui lui donnent une plus grande souplesse, une plus grande élasticité pour décomposer les chocs auxquels cette ceinture peut être soumise.

De plus, la vessie et l'utérus, cachés derrière la symphyse pubienne, sont en partie protégés par elles et ce rôle de défense méritait, en dernier lieu, d'être signalé.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous ne donnerons dans ce chapitre que les observations se rapportant aux luxations de la symphyse pubienne d'origine traumatique ; les disjonctions qui se produisent chez la femme avant ou après l'accouchement sont observées depuis Hippocrate, et dans sa thèse sur la symphyséotomie (Paris, 1892, Gotchaux donne une bibliographie très complète des ouvrages dans lesquels on peut trouver des diastasis des pubis d'origine puerpérale.

Dans notre index bibliographique nous-même signalons les sources d'information sur ce sujet. Plus rares sont les disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne dont nous publions toutes les observations connues jusqu'à présent, nous avons d'ailleurs la bonne fortune d'apporter un cas nouveau et typique ; en ajoutant les 2 cas signalés dans le chapitre des complications, nous arrivons donc à un total de 22 observations.

OBSERVATION PREMIÈRE

Tenon, Mémoires de l'institut, tom. IV, pag. 159

(Citée par Malgaigne)

Un jeune de 18 ans se destinait à l'état de danseur ; son maître le faisait coucher sur le dos et dans cette position, il lui posait un pied sur le genou, l'autre pied sur l'autre, puis se balançait, dans le but de lui renverser les genoux et les pieds en dehors ; il lui occasionna ainsi un écartement du pubis, d'environ un demi-travers de doigt.

OBSERVATION II

Cameron, Philosophical transactions, 1747, n° 484

(Rapportée par Malgaigne)

Un recteur, âgé de 64 ans, dont le cheval effrayé, après un premier saut, par un élan brusque et violent, tourna court à gauche, puis à droite, et finit par jeter son cavalier sur une haie : le blessé raconta que le double écart du cheval à gauche et à droite, avait produit à l'instant une sensation intolérable, comme s'il avait été fendu en deux.

Le blessé succomba le cinquième jour à une rupture de la vessie, sans que la luxation eût été reconnue. On trouva, à l'autopsie, un énorme écartement des pubis, que l'observateur évalue à quatre pouces.

OBSERVATION III

Martin, Sur une séparation des os pubis entre eux

(Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, tom. XXIII, année 1765, pag. 83)

On a longtemps disputé si la symphyse des os pubis pouvait se relâcher dans les accouchements laborieux. Tout le monde convient aujourd'hui de cette vérité, ainsi que du relâchement de l'articulation des os des îles avec l'os sacrum ; et si mon témoignage pouvait être de quelque poids, je puis assurer avoir vu l'un et l'autre, en disséquant un bassin d'une femme morte à la suite d'un long travail ; mais personne, si je ne me trompe, n'a parlé de cette séparation à la suite d'une chute ; c'est, sans doute, parce qu'on l'a regardée comme impossible, de ce que les exemples ont manqué. En voici cependant un :

Elie Tartas, âgé de 45 ans, manœuvre de son métier, tomba, de 40 pieds de hauteur, sur le derrière, de façon que, dans la chute, la partie supérieure de la crête de l'os iléum gauche porta davantage que les autres parties, ainsi que l'avant-bras gauche ; car le cubitus se trouva fracturé dans sa partie moyenne et dans la supérieure, avec la luxation du radius, dans son articulation avec l'humérus. Ce malheureux, porté dans cet état à l'hôpital, le 20 septembre dernier, mon premier soin fut d'ordonner sur-le-champ une potion cordiale et vulnéraire, pour relever les forces qui étaient tellement abattues que demi-heure après il expira. Une mort aussi prompte ne devait, selon le jugement que j'en portais, pouvoir être attribuée à la fracture de l'avant-bras, quoique bien compliquée. J'en cherchais donc ailleurs la cause, et je crus que la tête me la montrerait mieux qu'aucune autre par-

tie du corps. Pour cet effet, j'examinai, avec beaucoup d'attention, les téguments communs : ils ne me parurent pas avoir la moindre marque de contusion, ni le crâne aucune espèce de fracture. Les vaisseaux des membranes du cerveau, et les sinus étaient bien un peu engorgés, ainsi que ce viscère même, et la substance assez solide, mais remplissant exactement la boîte osseuse, sans y avoir aucun épanchement. Je crus que cet état dépendait plutôt d'une suite nécessaire de la mort prompte et forcée d'un homme robuste qui jouissait d'une parfaite santé, que de juger que c'était là la cause de sa mort ; et je fis l'aveu que je l'ignorais entièrement. Le sujet me paraissait bon à faire une expérience pour la taille. J'introduisis dans la vessie mon cathéter ; mais en voulant porter sa courbure contre l'arcade, elle s'engagea dans un vide que je ne connaissais pas, et qui me parut extraordinaire. J'ouvris les téguments au bas de l'hypogastre, pour découvrir la vessie dans sa partie supérieure ; je passai mes doigts entre son corps et la symphyse ; et alors je reconnus que cette union cartilagineuse laissait un espace à pouvoir y passer le pouce, qui s'étendait dans toute la longueur des branches des os pubis. Ce fait me parut si rare, que je séparai ces os d'avec l'os ischion. Plusieurs personnes ont vu cette désunion bien distincte, sans qu'il n'y eût nulle fracture ; et la surprise qu'ils ont eue m'est un garant assuré que si ce cas est arrivé autrefois, il n'est pas du moins bien commun, et que, par conséquent, cette observation peut être de quelque utilité.

Il y a apparence que la violence de la chute, qui a causé cette espèce de luxation, a produit aussi un ébranlement si considérable dans le genre nerveux, qu'il a empêché la séparation du fluide vital, et a fait périr l'homme presque subitement. Mais la mort suivra-t-elle toujours la séparation de ces os, lorsqu'une chute sera capable de les désunir ? Quels sont les signes qui nous la feront connaître ? Et, enfin, s'il y a du

secours à donner, quels sont ceux que l'on doit employer ? Ce sont trois points que je ne me chargerai point de résoudre : je les laisse aux savants, si cela mérite leur attention, pour les progrès de notre art.

OBSERVATION IV

Sir Astley Cooper, *Fract. and. disloc., American ed., pag. 144*

Richard White, âgé de 22 ans, entre à Guy's Hospital, le 30 juillet 1832 : il a été blessé par la chute d'une grande masse de sable qui lui est tombée sur le dos pendant qu'il était courbé vers le sol. Renversé par le choc, il a eu des difficultés considérables pour se relever, et en essayant de marcher, il a éprouvé dans la région de la vessie une douleur violente, se propageant dans la direction des uretères et des reins. Interrogé, il déclare que l'urine rendue par lui, depuis l'accident, était sanguinolente, et que la miction était difficile.

En l'examinant, on trouve, au niveau de la symphyse du pubis, une fissure déterminant un écartement d'environ deux travers de doigts. A la pression faite en un point quelconque de l'ilion, le blessé accuse une augmentation de la douleur au niveau de la région pubienne et un engourdissement de la cuisse gauche.

On introduit immédiatement une sonde, qui donne issue à de l'urine claire et normale. On applique ensuite des sangsues sur le pubis et on entoure le bassin d'une large ceinture solidement bouclée et assez serrée pour amener presque au contact les deux pubis. Recommandation est faite au malade de demeurer dans le repos absolu. Régime léger. — Les piqûres de sangsues s'ulcèrent, et il en résulte une fièvre légère, qui céda sans difficultés au traitement ordinaire.

Le blessé demeura à l'hôpital pendant trois mois, sans

qu'aucun accident vint entraver sa guérison, les difficultés de la reprise d'une articulation amphiarthrodiale expliquent la longueur de ce séjour. Quand il partit, il restait encore un léger écartement du pubis ; les deux membres inférieurs, les épines iliaques antérieures et supérieures n'étaient pas parfaitement symétriques, bien que la marche s'exécutât fort bien.

OBSERVATION V

Lente, New-York, *Journal med.*, 2d. ser., vol. IV, p. 286

Dans les comptes-rendus de l'hôpital de New-York, Lente, cite le fait d'un jeune homme de 18 ans, qui fut écrasé entre deux charrettes et qui succomba deux jours après. L'autopsie fit voir une disjonction de la symphyse pubienne, sans autre fracture. Le pubis droit était déplacé en arrière, d'environ 1 centimètre et demi, si bien qu'on pouvait introduire les doigts entre les deux os. Il y avait aussi, au sommet de la vessie, une plaie assez large pour recevoir le pouce.

OBSERVATION VI

Hall, *Provincial medical and surgery Journal*, May 1844

Traumatisme analogue à celui relaté dans l'observation de Lente. Le pubis droit était séparé de son congénère et avait pénétré dans la vessie. — Mort.

OBSERVATION VII

Résumée. — Murville, Mémoire sur les luxations des os du bassin
(Mémoire de l'Académie royale de médecine, tom. XIV, pag. 279, 1849)

M. le colonel C.... âgé de 56 ans, d'une constitution robuste et d'une taille élevée, assistait, le 19 octobre 1845, à une inspection de revue sur le Champ de Mars, à Lille. Tout à coup il fut emporté par son cheval, qui prit le mors aux dents, et se mit à faire des bonds désordonnés qui obligèrent cet officier supérieur à tirer fortement sur la bride de l'animal, en penchant en même temps son corps en avant, et à contracter avec une force extraordinaire tous les muscles adducteurs des membres abdominaux : cette contraction eut pour résultat de transformer en une seule pièce, en une espèce de fourche à deux branches fixes et tout à fait inflexibles, les membres abdominaux et le bassin : ce dernier ne portait plus alors sur la selle, et tout le poids du corps était transmis aux 2 pieds, appuyés sur les étriers. Dans une secousse du cheval, le colonel fut lancé en l'air, et en retombant vers la selle, celle-ci agit comme un coin qui tendait à écarter les deux cuisses ; mais comme leurs articulations avaient été rendues immobiles par la violente contraction des muscles ci-dessus indiqués, l'effet d'écartement vint aboutir au périnée, dont la partie latérale gauche, la peau non comprise, fut déchirée ; une seconde secousse eut lieu, et amena une seconde déchirure qui n'était que la continuation de la première, et qui eut pour résultat la rupture de tous les moyens d'union de la symphyse pubienne, en y comprenant également le pilier interne de l'anneau inguinal.

La sensation de ces deux déchirures fut parfaitement per-

gue par le blessé, qui nous en rendit compte avec beaucoup de lucidité, presque immédiatement après l'accident. Cette blessure donna lieu à la formation de deux hernies entérocéles très volumineuses, l'une par la déchirure périnéale, l'autre par l'anneau inguinal externe du côté gauche. Enfin, il y eut entre les deux pubis, qui d'ailleurs étaient restés à la même hauteur et sur un même plan antérieur, un écartement de cinq à six centimètres.

... Je veux m'assurer alors de l'état des parties osseuses voisines, et côtoyant de bas en haut l'ischion ascendant gauche, je cherche à l'ébranler en même temps avec le pouce et l'index. Non seulement, il fait corps avec l'ileum, mais encore, arrivé au point qui correspond au sommet de l'arcade pubienne, mes doigts s'engagent d'eux-mêmes, et à mon grand étonnement, entre les deux pubis. Je porte aussitôt la main droite sur la branche transverse du pubis gauche, et procédant de dehors en dedans, je trouve à la place de la symphyse un hiatus dans lequel ma main est reçue, et s'interpose avec la plus grande facilité entre les pubis. Embrassant enfin l'ischion ascendant gauche avec les phalanges de la main gauche réunies parallèlement, et recourbées en forme de crochet, je marche de bas en haut jusqu'à l'épine du pubis sans rencontrer le moindre obstacle. Au devant comme au-dessus du pubis, il n'existe pas de parties herniées. Les téguments seuls recouvrent l'intervalle articulaire. Ajoutons enfin que la rupture s'est opérée d'une façon telle, que la presque totalité de la substance fibro-cartilagineuse d'interposition est restée adhérente au pubis droit...

... Vers le soir, le blessé ressent des douleurs continues dans la partie postérieure du bassin, vers les symphyses sacro-iliaques, particulièrement vers la droite ; il urine deux fois sans douleurs et sans que les urines soient mélangées de sang... Cette douleur persiste plusieurs jours après, ainsi

qu'une ecchymose sur le scrotum et en arrière du sacrum... Il sort de l'hôpital le 31 janvier (trois mois et douze jours après l'accident), il obtient un congé de convalescence de deux mois ; l'état de notre blessé s'améliore si sensiblement qu'il se considère comme guéri.

OBSERVATION VIII

Murville, Mémoire sur les luxations des os du bassin

(Mémoire de l'académie royale de médecine, tom. XIV, an. 1849, p. 379)

Il s'agit d'un couvreur de Dijon, jeune homme très robuste, qui fit une chute de 40 pieds de hauteur. Conduit par les signes rationnels, et à l'aide du toucher, on reconnut un déplacement de l'os innominé du côté gauche, tel que le pubis de ce côté s'élevait et dépassait le pubis droit de deux travers de doigt au moins. L'état inflammatoire ne permit pas de faire la réduction. Après quelques jours employés à des applications émollientes et à un régime antiphlogistique, on tenta de replacer l'os iliaque, à plusieurs reprises, mais inutilement : l'intensité des douleurs obligea d'y renoncer, et, chose remarquable, elle s'opéra en partie d'elle-même, lorsque le malade voulut marcher.

OBSERVATION IX

Résumée. — Salleron, Mémoire sur les luxations traumatiques du bassin

(Archives générales de médecine, 1871, page 35)

Le nommé Couturas Bernard, âgé de 26 ans, maître maçon, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, tomba de la hauteur de 12 mètres, le 29 août 1849.

Cet homme creusait un puits : le soir en remontant, il avait

déjà posé un genou sur le bords, mais ayant lâché trop tôt la corde, il retomba au fond sans rencontrer aucun obstacle, aucune résistance. La chute eut lieu sur le siège, et tout le poids du corps fut transmis à la fesse gauche qui porta seule, un peu obliquement, sur le rebord d'une légère excavation placée au centre du puits. Le terrain étant composé de sable et de gravier fraîchement remué et un peu humide, le choc fut amorti et la commotion moins forte. Le blessé, quoique légèrement étourdi, n'a pas perdu connaissance et s'est parfaitement rappelé toutes les circonstances de la chute. Malgré la douleur vive qu'il ressentait dans le bassin, il se releva sur les genoux, mais il ne put conserver cette position. Il éprouva immédiatement l'envie d'uriner sans pouvoir la satisfaire ; ce ne fut que 7 à 8 heures après que la miction rede-vint possible...

Le malade présentait en même temps une luxation du sternum et une luxation de l'os iliaque gauche sur le sacrum...

... La fosse iliaque gauche est tendue, bleuâtre, sensible à la pression. La symphyse pubienne est aussi le siège d'une douleur continue et forte, les mouvements actifs du membre inférieur ne sont pas complètement impossibles, mais limités, douloureux et surtout très lents... Le flanc et la région iliaque gauche sont tendus, sensibles à la pression ; la tension augmente en descendant vers le pli de l'aîne, où elle forme une saillie très prononcée de haut en bas et de dehors en dedans. Les téguments sont déjà un peu violacés, ainsi que le scrotum gauche, où une tumeur sanguine, noirâtre, assez consistante, existe à la partie inférieure et moyenne. Tout le périnée est fortement tendu, noirâtre, un peu sensible à la pression. Le long de la branche ischio-pubienne, on ne sent aucune aspérité, aucune mobilité, absolument rien qui indique une fracture de cette partie osseuse. Sur la partie latérale gauche de la symphyse pubienne, le toucher constate

une dépression notable : l'épine pubienne, de ce côté, est plus saillante et plus élevée que la droite. La pression détermine une douleur trop vive pour permettre un examen plus complet ; le gonflement du périnée ne permet pas non plus de bien apprécier l'état de l'arcade pubienne.

L'épine iliaque antéro-supérieure est fortement déprimée et enfoncée dans les parois abdominales ; une règle appliquée transversalement sur le ventre, perpendiculairement à l'axe du corps, permet de reconnaître que cette éminence osseuse et le bord supérieur de l'os iliaque sont d'au moins 15 à 18 millimètres plus élevés que les mêmes parties du côté opposé. L'épine iliaque postéro-supérieure fait une saillie en arrière très sensible à la main passée sur le bassin, et très apparente à la vue, lorsque le blessé fut tourné sur le côté droit. La pression du bassin, latéralement et d'avant en arrière, ne détermine aucune crépitation, ne fait percevoir aucune mobilité anormale. Le blessé n'accuse aucune douleur vive dans le bassin, ni dans le ventre. Les mouvements actifs du membre abdominal gauche sont douloureux, difficiles et très bornés ; les mouvements passifs sont étendus, non douloureux, tant qu'on le soutient convenablement pour empêcher le fémur de presser sur l'os iliaque ou de tirer les muscles du bassin...

... De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, il n'existe pas de raccourcissement appréciable, bien que le genou gauche soit plus élevé que le droit...

Le 15 octobre, le malade peut marcher sans béquilles.

OBSERVATION X

Résumée. — Salleron, Mémoire sur les luxations traumatiques du bassin
(Archives générales de médecine, 1871, page 42)

Dans la soirée du 1^{er} février 1851, le nommé Delanoue (Achille), zouave, âgé de 36 ans, d'une taille moyenne, d'une forte et bonne constitution, rentre à la caserne dans un état complet d'ivresse. Vers 10 heures du soir, il se lève pour uriner, prend la croisée pour la porte, et tombe du deuxième étage, d'une hauteur d'à peu près 5 à 6 mètres, sur un terrain très dur et fort inégal ; tout le poids du corps porte sur la partie postérieure droite du bassin.

Apporté à l'hôpital immédiatement, il accuse des douleurs vives dans le bassin, dans la région lombaire et à la symphyse pubienne...

... Le lendemain, le blessé est immobile, il évite de faire le moindre mouvement et conserve la même position sur le côté gauche. Il accuse des douleurs vives et continues dans la région lombaire, dans le bassin, et à la région pubienne ; le ventre est souple, dépressible, peu sensible à la pression.

... Le blessé accusant un pressant besoin d'uriner, l'on pratique le cathétérisme : une sonde de gomme élastique est arrêtée sous l'arcade pubienne et ne peut passer. Une sonde d'argent, arrivée au même point, éprouve encore une résistance assez forte et finit par passer sans déterminer de douleurs vives. Il sort de la vessie à peu près 100 grammes d'urine très rouge, sanguinolente.

... Le blessé est placé dans un décubitus dorsal complet. La saillie de la partie latérale droite du bassin est toujours très évidente à la vue ; l'épine iliaque antéro-supérieure droite est à peu près de 10 à 12 millimètres plus élevée que la gau-

che et sur un plan antérieur ; la crête iliaque est très sensiblement rapprochée des fausses côtes. Du côté de la symphyse pubienne, il existe une déformation réelle, une saillie osseuse formée par le pubis droit qui est plus élevé, et sur un plan un peu antérieur au gauche ; mais la persistance en cet endroit d'une douleur forte et continue ne permet pas d'apprécier plus complètement l'altération des rapports. La rotule droite est plus élevée que la gauche ; les deux malléoles sont également à une hauteur inégale. En pressant les os iliaques d'un côté à l'autre, on ne détermine aucune douleur vive ; on ne perçoit aucune crépitation, aucune mobilité, rien qui indique une fracture des os du bassin... Il existe un peu de gonflement au pli de l'aîne et au périnée qui sont déjà ecchymosés ; aucune contusion à la tête, ni aux membres.

En faisant rouler le blessé sur le côté gauche pour examiner la partie postérieure du bassin, je sens une secousse brusque accompagnée d'un bruit très sonore, qui est entendu de toutes les personnes présentes. Le blessé, qui a parfaitement saisi la secousse et entendu le bruit, éprouve un soulagement très prononcé, car les différents mouvements que l'on imprime au bassin sont plus faciles et moins douloureux. Toute la partie postéro-latérale droite du bassin, depuis la dernière côte jusqu'à l'ischion et au grand trochanter, est le siège d'une forte contusion... Après avoir remis le blessé sur le dos, il est facile de voir que la saillie formée par l'os iliaque droit a presque entièrement disparu, bien que l'épine iliaque antérieure et supérieure droite soit encore sensiblement plus proéminente que la gauche...

... Voulant apprécier l'état de l'arcade pubienne, je pratique le cathétérisme avec une sonde d'argent qui pénètre d'emblée, sans secousses, sans résistance, sans donner la sensation d'aucun changement dans la direction du canal.

... Au mois d'avril suivant, Delanoue n'étant pas encore en

état de reprendre son service, fut envoyé en congé de convalescence. Après trois mois, il revint au régiment. Je le revis au mois d'août, il se portait très bien et marchait facilement.

OBSERVATION XI

Salleron, Mémoire sur les luxations traumatiques du bassin

(Archives générales de médecine, 1871, page 47)

Le 28 septembre 1853, le nommé Garcia Mathieu, espagnol, terrassier, âgé de 28 ans, fut renversé sur la partie antérieure du corps par un éboulement de pierres à chaux, qui tomba de 4 à 5 mètres de hauteur et le recouvrit presque complètement. Débarrassé immédiatement par ses camarades, il ne peut se relever, accuse dans le bassin une douleur vive qui ne lui permet pas de se tenir debout, ni de marcher. Apporté de suite à l'hôpital...

... Il accuse des douleurs aiguës dans la partie gauche du bassin, et surtout à la symphyse pubienne qui est très sensible à la pression ; il est couché sur le dos, le tronc incliné à droite. Toute la hanche gauche forme une saillie très prononcée en avant et en dehors ; l'épine iliaque antéro-supérieure est saillante en avant et sur un plan visiblement antérieur à la droite, mais ne paraît pas plus élevée ; le contour de la crête iliaque gauche, sensible à la pression, est aussi plus saillant et semble un peu plus élevé que du côté droit. — Le décubitus dorsal complet est très douloureux et ne peut être supporté. La douleur vive que détermine la moindre pression au niveau de l'épine iliaque postérieure, et la tension du muscle sacro-lombaire ne permettent pas de bien explorer la déformation de cette éminence ; mais on peut constater qu'elle est effacée, tandis que la droite forme une saillie facile à sentir. Toute la région iliaque externe est saillante et for-

tement tendue par la contraction des fessiers, et très douloureuse au toucher, surtout sur le trajet du nerf sciatique à sa sortie du bassin ; il n'existe aucune trace de fracture de la crête iliaque ni de l'ischion, car malgré les pressions imprimées d'avant en arrière et latéralement, on ne perçoit aucune mobilité, aucune crépitation. A la région pubienne où le blessé éprouve une douleur continue qu'augmente la moindre pression, on ne peut constater aucune déformation bien sensible de la symphyse, aucun déplacement du pubis. Depuis son arrivée à l'hôpital il a rendu spontanément et facilement une urine claire et limpide... Dans les membres abdominaux, la motilité et la sensibilité sont intactes ; mais le gauche est engourdi et dans un état de résolution complète ; la jambe légèrement fléchie sur la cuisse, celle-ci sur le bassin, repose sur son côté externe. Les mouvements actifs sont enrayés par la douleur qu'ils provoquent dans la hanche ; mais les mouvements passifs, en soutenant la jambe et la cuisse, sont faciles, étendus et donnent la certitude que l'articulation coxo-fémorale est intacte.

... Vers 11 heures du soir (le 2 octobre, c'est-à-dire quatre jours après l'accident), le blessé, en faisant un mouvement pour se tourner sur le côté droit, ressent dans le bassin une secousse brusque, accompagnée d'un bruit sonore, que le voisin me dit, le lendemain matin, avoir été aussi fort qu'un coup de pstolet, assertion sans doute fort exagérée ; mais un sous-officier, couché 3 numéros plus loin, m'a affirmé l'avoir entendu très distinctement. Immédiatement après cette secousse, le blessé éprouve un tel sentiment de bien-être qu'il peut se coucher complètement sur le dos et remuer un peu le membre abdominal, et dormir le restant de la nuit.

Le 3 au matin : décubitus dorsal complet, disparition de la saillie de la hanche ; saillie normale de l'épine iliaque antérieure : tension moins forte du flanc gauche et des parois ab-

dominales ; mouvements possibles, mais peu étendus, du membre abdominal gauche ; douleur moins vive, mais encore forte à la région pubienne et à la partie postérieure du bassin. L'épine iliaque postérieure, toujours très douloureuse à la pression, est en grande partie masquée par le gonflement des téguments ; la crête iliaque est moins douloureuse au toucher et peut être facilement palpée dans toute son étendue.

Le 1^{er} décembre, le malade appuie tout le poids du corps sur le membre abdominal gauche ; il peut marcher assez librement et se promener avec une canne, quoique boitant toujours un peu. Les douleurs ont à peu près complètement disparu, mais la cuisse gauche, soit que son volume ait encore diminué, ou que la marche ait développé la droite, mesure 4 centimètres et demi en moins. Toutes les fonctions se font bien, la station peut être prolongée, car le malade reste levé toute la journée.

Le 23, jour de la sortie de l'hôpital, la cuisse gauche mesure encore 3 centimètres de moins que la droite. Le volume de celle-ci n'a pas varié depuis la dernière mensuration, ce qui prouve que la nutrition est en progrès dans la gauche. Le blessé n'éprouve plus aucune douleur ; il boite encore légèrement, mais il pense bientôt pouvoir reprendre son travail.

Vingt jours après sa sortie de l'hôpital, je revis ce blessé ; la marche était facile, mais l'amaigrissement du membre abdominal, quoique un peu moindre, était toujours sensible à la vue, et la mensuration donnait encore plus de 2 centimètres de différence. Toutes les fonctions étaient à l'état normal, malgré la teinte pâle et mate de la face.

OBSERVATION XII

Gallez, Presse médicale belge, 1876, n° 32

Un jeune homme vigoureux qui, portant une pièce de fer de 80 kilos, glissa et fit un violent effort pour ne pas tomber les jambes écartées.

La disjonction de la symphyse pubienne a succédé à une violente contraction musculaire.

OBSERVATION XIII

Moreau, Sur un cas récent de disjonction traumatique de la symphyse pubienne. — Thèse de Paris, 1900

Le 30 avril 1900, le peintre Jules D..., 31 ans, travaillait dans la salle des Pas-Perdus de la gare de Lille : il était placé debout sur des planches, à une hauteur de 8 mètres environ. L'une de ces planches venant à manquer, il tomba en deux temps, heurtant d'abord un échelon de l'échelle double qui soutenait l'échafaudage, à quatre mètres de hauteur ; puis enfin, il s'affaissa sur le sol dallé.

Un médecin qui se trouvait à proximité, examine sommairement le blessé et pense que la blessure est sans importance. Néanmoins, le blessé est transporté dans une voiture d'ambulance à Phalempin, sa résidence habituelle, située à 15 kilomètres de Lille. M. le docteur Eloy, appelé au domicile du peintre, constate une fracture du cou-de-pied et un grave traumatisme du bassin. Jugeant l'état du blessé très grave, le docteur Eloy demande en consultation M. le professeur Guermontprez, et tous deux se rencontrent au lit de Jules D..., le 3 mai, à 8 heures du matin.

Le cathétérisme, pratiqué deux fois chaque jour, est, pour la première fois, devenu inutile. De cette amélioration, il résulte un état d'esprit plus calme du malade, mais il y a une urétrite suppurée assez importante et traumatique.

Il explique alors très clairement le mécanisme de son accident déjà relaté. Il précise exactement qu'il est tombé debout et exprime une sensation très vive de déchirement intense dans toute la racine de son membre inférieur gauche. Il en parle avec insistance, mais ne peut préciser le siège exact de la douleur maxima. Il indique tantôt la partie interne de la région inguinale gauche, et tantôt il se préoccupe de la portion la plus postérieure de cette même région. Il n'y peut porter la main, cette manœuvre nécessitant des mouvements du tronc, qui sont très douloureux.

Dès la première inspection du blessé, on constate un raccourcissement du membre inférieur gauche, de 2 centimètres environ. On constate également une attitude vicieuse, flexion et adduction peu accusées.

La configuration anormale de la région pubienne s'impose à l'attention. On remarque, en effet, une tuméfaction, qui fait saillir le cordon du côté gauche, là où il franchit le pubis, d'ailleurs maigre du blessé. Une application de six sangsues diminue cette tuméfaction et permet d'examiner la région. Le massage explorateur facilite l'écartement des éléments du cordon et l'examen des altérations plus profondes. Des frictions continues, combinées avec des efforts d'extension, d'abduction et surtout avec quelques flexions de la hanche, permettent de reconnaître que le pubis du côté gauche fait saillie en haut et en avant : la hanche du côté gauche remonte, en effet, à 2 cm. $\frac{1}{2}$, ou 3 cm. plus haut que celle du côté droit. Le déplacement d'arrière en avant paraît être de 15 à 20 millimètres pour la hanche gauche ; il s'observe, en passant transversalement la main de l'un à l'autre côté. Le bord saillant

n'est point tranchant comme celui d'une fracture : il n'offre pas non plus cette sensibilité exquise que l'on trouve quand on palpe une solution de continuité osseuse. On ne peut réussir à obtenir l'écartement des deux branches pubiennes, en faisant des efforts sur les épines antérieures des os iliaques. Mais, en combinant des mouvements d'abduction directe, avec des mouvements d'extension et d'abduction du membre inférieur gauche, on perçoit, à plusieurs reprises, des frottements rudes, des « croquements » analogues aux frottements des déplacements articulaires.

Ces premières tentatives de réduction ne donnant aucun résultat, le chirurgien examine l'articulation sacro-coxale gauche. Il y découvre un empâtement de la région, surtout dans ses limites les plus supérieures, avec tension exagérée des muscles sacro-lombaires. Ces signes physiques coïncident d'ailleurs avec une sensibilité anormale, que le blessé lui-même localise au point précité. Le chevauchement est cependant peu appréciable de ce côté postérieur.

Avant de tenter la réduction définitive de la luxation pubienne, il est procédé à l'exploration de la lésion du cou-de-pied gauche... Suit la description de cette lésion.

.....

... Le même jour, jeudi 3 mai, nous tentons la réduction de la luxation pubienne. Malgré de nombreux efforts d'extension, d'abduction et même d'écartement des membres inférieurs, au moyen de lacs passés en cravate à leur racine et dirigés aussi horizontalement que possible, il est impossible d'obtenir une réduction complète. A plusieurs reprises, les chirurgiens recommencent ces tentatives ; mais ils n'obtiennent malheureusement qu'une diminution du chevauchement avec quelques « croquements ». Le malade se sentant fatigué, on cesse de renouveler les manœuvres, bien qu'on constate un chevauchement moins étendu de bas en haut. Les opérateurs

se contentent de surélever le siège du blessé au moyen d'un coussin dur, qui ne puisse se tasser et de lui donner quelques indications relatives à l'attitude la plus propice.

L'état général de cet homme est mauvais : sa respiration, sans être dyspnéique, est entravée par d'abondantes mucosités trachéo-bronchiques.

Le lendemain, 4 mai, le malade éprouve un impérieux besoin de se mouvoir, et surtout de mouvoir ses membres inférieurs. Mais la force lui manque ; aussi sollicite-t-il le secours de quelques personnes de son entourage, afin de modifier l'attitude des pieds, des jambes, des hanches. Il fait cette demande à tout instant, parfois même à des intervalles de cinq minutes, aussi bien la nuit que le jour. Le coussin dur, placé sous le siège, est cependant conservé, le malade se contente d'en modifier tantôt l'épaisseur, tantôt la situation. Le besoin de se mouvoir devient tel, que le blessé demande à s'asseoir ; on n'y consent pas et ses efforts personnels sont inutiles.

Le 8 mai, 9 jours après la chute et 5 jours après les manœuvres, le blessé se sent moins endolori, plus libre. Ne pouvant arriver à s'asseoir, il cherche à se retourner dans son lit ; ses premiers essais restent infructueux. Après un court repos, Jules D... renouvelle sa tentative ; cette fois, il laisse le côté blessé former pivot et soulève son côté droit, qu'il incline peu à peu, tout en imprimant à la portion supérieure du tronc un mouvement de torsion, de rotation lente. Il réussit ainsi à passer du décubitus dorsal dans le décubitus ventral. Au moment où cette manœuvre s'achève, un brusque mouvement se produit ; le blessé ressent une forte sensation de réduction. Son exclamation est très catégorique ; il est soulagé, brusquement, immédiatement ; et ses affirmations confirment les mêmes sensations qu'il avait déjà éprouvées lors des manœuvres chirurgicales.

Le 10 mai, nous l'examinons. L'état général est excellent :

il n'a plus de toux, plus de troubles urinaires. Quelques mouvements sont possibles. La luxation ne présente plus qu'un déplacement partiel ; il n'y a plus de chevauchement ; ce n'est plus qu'une disjonction avec subluxation. Un massage explorateur supprime presque complètement l'œdème pubien du côté gauche. La différence de niveau des branches pubiennes ne dépasse pas 2 à 5 millimètres ; le déplacement antérieur est un peu plus considérable que le déplacement en hauteur. La sensibilité anormale a disparu ; on peut fléchir les hanches et les genoux et placer les fémurs dans une direction perpendiculaire au tronc, pourvu que l'on procède lentement. Le blessé est satisfait, la réduction de la luxation est presque complète. Malheureusement, la mobilité anormale persiste, l'articulation est flottante dès que l'on tente des mouvements de hanches, de la gauche surtout : on ne se trouve plus en présence d'une symphyse. Si l'on allonge les membres inférieurs dans l'axe du corps, une partie du déplacement primitif se produit, mais non plus jusqu'au chevauchement.

L'ecchymose, désormais jaunâtre, persiste dans la région pubienne, surtout à gauche et aussi sur le périnée ; il n'y a plus sur la verge qu'un vestige de la couleur noire du 4^e jour, sans tuméfaction, qui en recouvre la moitié.

Sur le scrotum, il n'y a plus d'œdème ; l'ecchymose qui le recouvrait reste noire, mais ne recouvre plus que la moitié inférieure des deux côtés. Il n'y a plus de tuméfaction au périnée, ni à l'anus. Les muscles du côté gauche, tant à la partie interne de la cuisse que du côté de l'abdomen, sont encore flasques. Le ligament de Poupart demeure épais et dur, mais il est moins endolori.

Sur la face postérieure, du côté de l'articulation sacro-coxale gauche, on reconnaît une tuméfaction globuleuse, à peu près de la largeur de la main : elle siège dans la partie

la plus supérieure de l'articulation. Le pli fessier est effacé ; le méplat rétrotrochantérien a disparu. La fesse gauche a pris une forme absolument sphérique. Il existe une ecchymose vers le milieu du bord inférieur du grand fessier ; elle est peu étendue, jaunâtre, mais incontestable. Il n'y a rien de particulier dans le reste de la portion postérieure ou latérale de la hanche dont il s'agit.

Le 29 juin, nous examinons de nouveau le blessé en compagnie du docteur Eloy. L'état général est excellent. Le blessé peut s'asseoir sur le bord de son lit sur un siège dur et même se tenir debout. Il faut avouer, néanmoins, qu'il appuie dans toutes ses positions le poids du corps sur le côté droit du siège. L'examen de la région pubienne ne dénote aucun chevauchement, peu de mobilité anormale. L'articulation sacro-iliaque gauche est légèrement sensible. La fesse gauche est encore toujours flasque, ainsi que les muscles de toute la cuisse gauche.

Nous mesurons celle-ci dans son épaisseur. La mensuration n'indique pas qu'elle soit moins volumineuse que sa congénère. Il n'y a pas de raccourcissement du membre inférieur gauche. Mais ce qui inquiète le blessé, c'est qu'il ressent depuis quelques jours des douleurs internes dans la cuisse gauche et dans la région fessière gauche. Pressé d'indiquer d'une façon précise les points douloureux, il indique le trajet du crural et celui du sciatique.

À part ces complications, le blessé se sent très amélioré. Il a retrouvé un tel soulagement dans l'application du coussin dur, dont il est parlé plus haut, qu'il en parle sans cesse. Il se préoccupe de savoir s'il pourra encore travailler comme jadis, et s'il ne résultera pas pour lui un grave préjudice fonctionnel. Naturellement, nous réservons notre pronostic, tout en lui laissant l'espoir qu'il pourra continuer son métier de peintre, même sur son échafaudage.

OBSERVATION XIV

En partie résumée. — Sub-luxation du pubis gauche et rupture totale de l'urètre membraneux

Comm. de Mignon, in Bull. et mém. de la Société de chirurgie, 1902, tome XXVIII, p. 571)

Je voudrais vous communiquer l'observation d'un blessé, chez lequel j'ai diagnostiqué une fracture du pubis avec déchirure extra-péritonéale de la vessie, et qui était atteint en réalité d'une subluxation du pubis et d'une rupture de l'urètre membraneux.

Le 23 janvier 1902, le cavalier B... tomba à terre avec son cheval, qui avait l'habitude de pointer, c'est-à-dire de se dresser sur les extrémités postérieures. Le bassin du cavalier fut pris entre le sol et le cheval.

Quand je vis le blessé, 4 heures après l'accident, il se plaignait de douleurs vagues dans la partie inférieure de l'abdomen et d'une impotence complète du membre inférieur gauche. Celui-ci était étendu sur le lit et présentait à sa racine une tuméfaction diffuse, avec une ecchymose de la largeur de la main, au niveau du pubis gauche.

Je pensai de suite à une fracture du bassin et je comprimai latéralement les deux épines iliaques, ce qui déterminait une douleur très vive du côté du pubis. J'entendis même, à ce moment, un bruit rude très net, que le malade rapporta aux environs de la symphyse. Il me sembla donc qu'il y avait une fracture du pubis : la région postérieure du bassin n'était pas douloureuse.

Ce diagnostic me faisait un devoir de rechercher l'état des voies urinaires. Toute la partie sous-ombilicale du ventre était sensible. La région hypogastrique était légèrement sail-

lante et mate sur une surface de quatre travers de doigt. Le malade n'avait pas uriné depuis sept heures et n'en sentait pas le besoin.

Je fins cependant à faire le cathétérisme et je passai dans l'urètre une sonde molle de Nélaton. Elle entra jusqu'au bout sans aucune difficulté et sans provoquer de souffrances. Il ne sortit que quelques gouttes de sang.

Je complétais l'examen par le toucher rectal qui ne déterminait aucune douleur, ni du côté du pubis, ni sur la prostate, ni sur le bas-fond vésical. Les régions périvésicale et péri-rectale étaient souples.

Je fixai la sonde à demeure et revins une heure après. Je constatai qu'un peu d'urine sanguinolente avait été rendue dans l'urinal.

Le lendemain matin, je trouvai la sonde urétrale en place, et la quantité d'urine émise pouvait être évaluée à un litre environ. Elle était sanguinolente. Le malade avait passé une bonne nuit et ne souffrait que par intermittences du côté de l'aine.

Malgré ce bon état apparent, je n'étais pas tranquille. Je priai M. le médecin-chef du Val-de-Grâce de voir le malade avec moi, et nous procédâmes ensemble à un nouvel examen minutieux du blessé.

Le facies était un peu tiré, mais sans masque péritonéal. Température normale. Pouls régulier, à 64. Quelques douleurs dans le bas-ventre, sensation du besoin d'uriner avec conscience de ne pouvoir le satisfaire. — L'abdomen était un peu ballonné et douloureux dans sa portion sous-ombilicale. On délimitait, à la percussion, une zone de matité sus-pubienne moins étendue que la veille.

Le toucher rectal pratiqué à nouveau indiquait, cette fois, un peu d'empâtement sous-vésical et déterminait une légère douleur à droite du bas-fond de la vessie. Le périnée était

souple, sans tuméfaction et sans ecchymoses. Il fut décidé que j'interviendrais.

J'admettais un trait de fracture du pubis gauche près de la symphyse, sans fracture de la branche descendante, et une lésion des voies urinaires nettement indiquée par l'hématurie.

Un épanchement d'urine dans le tissu cellulaire prévésical me semblait exister, à en juger par les douleurs sous-ombilicales, la matité hypogastrique, malgré la sonde à demeure, et le ballonnement du ventre : et j'attribuais cet épanchement à une petite déchirure de la partie antérieure extra-péritonéale de la vessie. La déchirure intra-péritonéale n'était pas probable, vu l'absence de réaction du péritoine.

Je craignais surtout que l'infiltration urineuse n'amenât l'infection de la fracture supposée de la branche horizontale du pubis.

L'opération eut lieu le 24 janvier, à 9 heures du matin, soit 21 heures après l'accident.

Le malade est placé sur le plan incliné et je pratique l'incision de la taille hypogastrique.

Aussitôt après la section de la ligne blanche, je vois sortir d'une cavité rétro-pubienne une grande quantité de liquide sanguinolent, semblable à celui recueilli dans l'urinal, et qui est évidemment un mélange d'urine et de sang. J'étanche avec peine cette cavité rétro-pubienne et je constate alors : 1° que le pubis gauche n'est pas fracturé, mais subluxé de 5 millimètres en arrière ; 2° que la vessie, un peu reportée en arrière par l'épanchement rétro-pubien, forme un globe arrondi, régulier, fluctuant, recouvert de lames celluluses infiltrées de sang. La palpation la plus forte que j'ose pratiquer ne la réduit pas de volume et ne détermine aucun courant liquide. Il faut se décider à reconnaître qu'il n'y a pas de déchirure vésicale.

Et, cependant, je suis certain que le liquide épanché de la

cavité prévésicale contient de l'urine. C'est donc qu'il existe une déchirure de l'urètre membraneux.

Je m'en assure en remplaçant la sonde molle restée dans le canal de l'urètre par une sonde métallique. Celle-ci, arrivée au pubis, ne peut être abaissée, mais on lui imprime quelques petits mouvements de rotation. L'urètre est donc coupé au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée, et on peut même déduire des mouvements de rotation de l'extrémité de la sonde, que la rupture du canal est complète. C'est en vain que j'ai essayé de sentir, avec le doigt glissé entre les ligaments pubio-vésicaux, le relief du cathéter.....

J'ai pensé et j'ai procédé tout de suite au cathétérisme rétrograde. La vessie incisée contient un demi-litre environ d'une belle urine ambrée, sans odeur. Un béniqué est enfoncé dans le col vésical et s'arrête à son tour au niveau du pubis. Je ne puis pas mettre en contact les deux cathéters, vésical et urétral, ce qui indique une divergence des deux bouts du canal.

Il n'y a plus qu'à pratiquer une boutonnière périnéale pour rétablir la continuité de l'urètre.

Le plan incliné est abaissé et le malade mis dans la position de la taille périnéale. Je fais une incision médiane sur le périnée, de la racine des bourses à 2 centimètres de l'anus, et constate que le canal de l'urètre a été entraîné par le pubis gauche et est dévié à gauche. En suivant le cathéter métallique, j'arrive sur le plan de l'aponévrose moyenne et me rends compte que l'urètre ne le traverse plus. Mon doigt reconnaît, dans son exploration, l'arête du bord inférieur du ligament sous-pubien, et s'engage dans un orifice situé sur la ligne médiane et tapissé, à l'intérieur, d'une muqueuse recroquevillée, que le doigt repousse devant lui...

... Une sonde molle passée du méat au périnée fut amarée au bout du cathéter vésical et conduite par lui dans la vés-

sie. J'attirai même la sonde, préalablement percée de petits orifices, jusqu'entre les lèvres de la plaie abdominale, et ses deux extrémités furent prolongées par deux longs tubes, afin d'assurer un drainage vésical par les voies hypogastrique et urétrale.

Il ne fallait pas songer à la suture des deux bouts de l'urètre, puisque le bout postérieur était rétracté au-delà du plan de l'aponévrose.

L'incision périnéale fut suturée, et je revins à la région hypogastrique.

Fermeture de la vessie en laissant libre le passage de la sonde, et suture de la paroi abdominale, sauf aux points de passage de la sonde.

Placement du malade dans une gouttière de Bonnet.

L'opération a duré une heure et demie.

... La réparation s'est faite heureusement sans infection. Il n'y a eu ni élévation de température, ni rougeur des plaies hypogastrique et périnéale...

... Le gonflement, la douleur, la gêne des mouvements résultant de la luxation du pubis ont disparu peu à peu, pendant que l'attention était portée du côté des voies urinaires. La gouttière de Bonnet n'a pas été tolérée et a dû être supprimée le troisième jour.

La sonde à demeure, avec ses deux tubes de prolongement urétral et hypogastrique telle que je l'avais fixée le jour de l'opération, a été maintenue pendant 12 jours ; la sonde hypogastrique a mieux fonctionné que la sonde urétrale, et des lavages à l'eau boriquée ont dû être faits dans la vessie dès le troisième jour, à cause de l'incrustation de la sonde urétrale par des dépôts calcaires blanchâtres.

Le 5 février, je débarrasse le malade de son système de drainage et je projette de remplacer celui-ci par une seule sonde urétrale à demeure, afin d'obtenir la fermeture de la

vessie. Mais toute sonde, dure ou molle, mise dans l'urètre antérieur, s'arrêtait au pubis. Je prolongeai les essais pendant une demi-heure, et je n'aurais pas pu conduire une sonde du méat dans la vessie, si la vessie n'avait pas été encore ouverte.

Voici, en effet, ce qu'il a fallu faire : je dus désunir les lèvres de la plaie périnéale, emplir la vessie d'eau boriquée par la plaie hypogastrique, faire uriner volontairement le malade et me guider sur le courant liquide pour introduire par le périnée dans la vessie une bougie à boule. J'amenai l'extrémité de cette bougie hors de la vessie avec une pince de Kocher, et fixai sur elle l'orifice d'une sonde de Pezzer. Attirer la sonde de Pezzer au périnée, la faire passer dans l'urètre antérieur, ne demandèrent plus que quelques instants... L'orifice de la vessie s'était fermé en 48 heures.

Il fallut retirer la sonde à demeure au huitième jour, un peu de sécrétion muco-purulente apparaissant au méat. C'est surtout par le périnée (qui n'était pas tout à fait cicatrisé), que le malade urina. Il ne passa que très peu de liquide par l'extrémité antérieure de l'urètre.

J'essayais en vain de le sonder : toutes les sondes s'arrêtaient au périnée. L'émission de l'urine par le périnée avait fini par déterminer un prolongement anormal du bout postérieur de l'urètre.

J'entrepris le 7 mars, 43 jours après l'accident, de rétablir la continuité du canal... La guérison a été cette fois complète.

Je dus retirer la sonde le troisième jour, l'urine passant plus autour d'elle que dans son canal ; mais la miction normale était rétablie. Elle se faisait en totalité par le méat et le jet avait son ampleur ordinaire.

B... a quitté l'hôpital le 23 avril. Il n'urine plus que quatre ou cinq fois par jour et reste les douze heures de la nuit sans uriner. L'urine a sa composition normale.

Le cathétérisme vésical est facile avec des bougies numéros 16, 17 et même 19. Je l'ai déjà fait plusieurs fois depuis le rétablissement du canal de l'urètre.

La lésion initiale, la subluxation du pubis, est rare. La disjonction s'est faite entre le pubis gauche et le fibro-cartilage de la symphyse, comme c'est la règle au dire de Salleron. Il y a eu comme signes principaux de cette subluxation, la localisation du maximum de la douleur au niveau de la symphyse, l'ecchymose paramédiane, et le bruit rude de frottement provoqué par le rapprochement des deux épines iliaques.

La section de l'urètre nous paraît être faite sur l'arête du ligament sous-pubien (qui est aussi vive chez la plupart des sujets qu'une lame tranchante); au moment de la luxation du pubis gauche. La déviation de l'urètre à gauche, que nous avons constatée deux fois chez le blessé, témoigne du déplacement imprimé au canal de l'urètre.

OBSERVATION XV

Bazy, in Bull. et mém. de la Société de chirurgie, 1902, tome XXVIII, page 78

J'ai observé un cas qui se rapproche par quelque côté de celui de M. Mignon. Il s'agit d'un malade que j'ai dû opérer ultérieurement avec mon ami, M. Rochard, et qui, dans une chute de cheval, s'était fait une double fracture verticale du bassin. Comme chez le malade de M. Mignon, il y avait, au lieu d'une fracture, une disjonction de la symphyse pubienne, le corps du pubis droit dépassant en haut celui du côté gauche de plus de 2 centimètres.

J'ai pu constater ces lésions, parce que le malade, ayant eu une rupture de la vessie, avait fait un phlegmon périvésical et péri-urétral, que j'ai dû inciser au niveau de l'hypogastre

et au niveau du périnée. J'ai pu donc voir la lésion et la toucher du doigt.

OBSERVATION XVI

Chaput, Bull. et mém. de la Société de chirurgie, 1902, tome XXVIII, page 598

La luxation de la symphyse pubienne est mal connue et mal décrite.

J'en ai observé un autre cas en 1881, pendant mon internat à Bicêtre ; il s'agissait d'un malade sur le bassin duquel une lourde voiture avait passé : il eut des symptômes de péritonite que j'attribuais à la rupture de la vessie, mais personne ne voulut l'opérer. A l'autopsie, je constatai une luxation de la symphyse pubienne droite, ainsi que de la symphyse sacro-iliaque du même côté.

La perforation, du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, siégeait sur le bas-fond vésical, au niveau de la portion recouverte du péritoine.

OBSERVATION XVII

Professeur A. Imbert et docteur H. Marquès, in Archives d'électricité médicale, année 1906, page 382

Il s'agit d'un ouvrier mineur qui, pendant qu'il travaillait, couché sur le côté gauche, au fond d'une galerie, fut victime d'un accident occasionné par la chute d'un énorme bloc de pierre sous lequel il se trouva pris.

L'ouvrier put se dégager lui-même, mais fut incapable de se relever, et dut être porté chez lui. Le docteur Lacombe, de Lavernarède (Gard), aussitôt appelé, crut devoir conclure, après examen minutieux du blessé, et bien qu'il n'y eût aucun trouble urinaire, à une fracture de la branche verticale gau-

che du pubis ; cette région était, en effet, accusée comme douloureuse et l'on sentait à ce niveau une saillie osseuse, dont l'équivalent n'existait pas à droite, et que l'on était ainsi autorisé à regarder comme due à un chevauchement osseux consécutif à une fracture. Malgré une exploration clinique minutieuse plusieurs fois répétée, aucune trace certaine d'autre fracture ne put être localisée, en particulier le long de la branche horizontale du pubis.

Le malade fut immobilisé au lit pendant un temps fort long, parce que, à chaque essai de marche, des douleurs assez vives étaient accusées et que des craquements étaient nettement perçus lors de certains mouvements, bien que l'on ne pût en déterminer sûrement l'origine. Après trois mois environ, les douleurs et les craquements persistant, et la saillie osseuse perçue vers le milieu de la branche verticale du pubis conservant les mêmes caractères, le docteur Lacombe pensa à un défaut de consolidation de la fracture diagnostiquée et jugea bon de recourir à l'exploration radiographique, exploration en vue de laquelle le blessé nous fut amené.

Deux chirurgiens, préalablement et séparément consultés, confirmèrent l'un et l'autre le diagnostic du docteur Lacombe : fracture certaine de la branche verticale gauche du pubis, et fracture probable de la branche horizontale, bien qu'aucun signe ne permit de reconnaître objectivement l'existence de cette dernière. La symphyse particulièrement explorée fut reconnue intacte. Ce diagnostic était, d'ailleurs, en parfaite relation de cause à effet avec l'accident, l'ouvrier ayant été fortement comprimé entre le sol et le lourd bloc de pierre qui, tombé derrière lui, avait basculé et l'avait atteint au niveau du bassin.

Le résultat de l'examen radiographique (que nous montrons d'après un dessin du cliché négatif, figure 1), fut une révélation, suivant la réflexion de l'un des chirurgiens consultés,

Les clichés, pris d'arrière en avant et d'avant en arrière, montrèrent que les branches gauches du pubis étaient intactes, comme d'ailleurs les branches droites ; mais sur les clichés pris d'arrière en avant (pubis contre la plaque), on constata une luxation des os iliaques l'un par rapport à l'autre, au niveau de la symphyse.

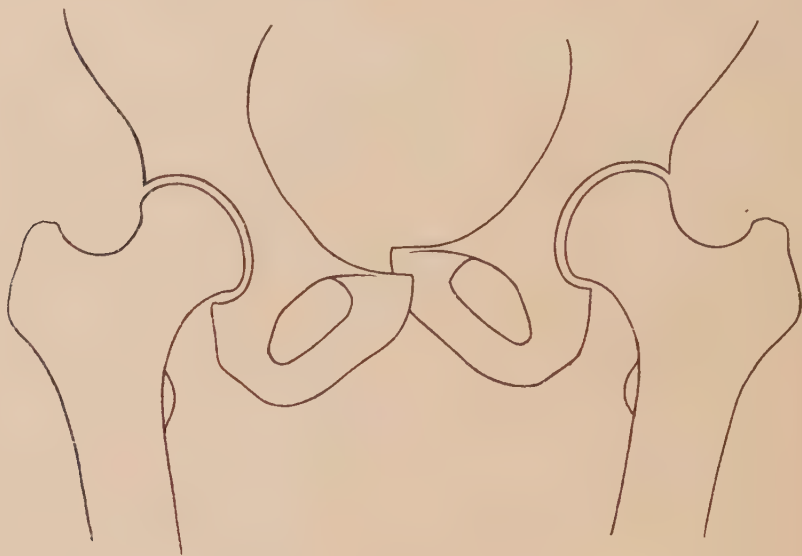


FIGURE I

(Cliché pris d'arrière en avant, pubis contre la plaque)
d'après Archives d'électricité médicale, 1906

Si d'ailleurs sur les clichés, il paraît s'être produit une déni-vellation, cela tient à ce que, pour isoler la symphyse pubienne de l'ombre du sacrum, le tube à rayons X avait été centré à peu près au niveau des plis fessiers. Dans ces conditions, l'ombre de la branche pubienne horizontale la plus éloignée de la plaque a été projetée plus haut, et c'est la branche gauche du pubis qui se trouve dans ce cas. Par suite, dans la luxation produite, c'est l'os iliaque droit qui a passé en avant du gauche, au niveau de la symphyse.

Une telle luxation, avec un chevauchement d'environ un centimètre, a dû s'accompagner d'une autre lésion osseuse, en quelque sorte compensatrice. Cependant, bien que nos divers clichés soient aussi bons que possible pour les régions radiographiées, on n'aperçoit nulle part aucune anomalie, en particulier au niveau des articulations sacro-iliaques, dont le blessé ne s'est, d'ailleurs, jamais plaint, ni au moment de l'accident, ni plus tard.

La saillie osseuse siégeant vers le milieu de la branche verticale gauche du pubis, et qui a été la cause principale de l'erreur de diagnostic, est d'ailleurs simplement due, ainsi qu'on le voit sur l'un de nos clichés, à une particularité individuelle. Quant aux craquements perçus lors de certains mouvements effectués par le blessé, leur origine est restée indécise même après l'exploration radiographique ; ils étaient, d'ailleurs, trop intenses, semble-t-il, pour être rapportés à un frottement de deux surfaces osseuses l'une sur l'autre.

OBSERVATION XVIII

Curtillet et Bordet, Luxation en haut de l'os coxal droit et fracture
du col anatomique de l'humérus

(In Arch. des Laboratoires et des Hopitaux d'Alger, fasc. I, 2e année, janv. 1906)

N. A..., âgé d'une quarantaine d'années, exerçant la profession de maçon, a fait une chute, il y a un an, de la hauteur d'un troisième étage. C'est à l'occasion d'une expertise judiciaire, ayant nécessité un examen radiographique, que la luxation du bassin a été découverte et la fracture du col chirurgical de l'humérus vérifiée.

La luxation du bassin avait été qualifiée : fracture, en présence des grandes douleurs que ressentait le blessé au niveau de la ceinture pubienne et surtout d'une immense ecchymose

qui couvrait toute la partie inférieure de l'abdomen, la région pelvienne, tout le scrotum et la verge. Aucun trouble n'avait été constaté du côté de la miction, ni de la défécation. Le blessé a été immobilisé pendant quatre mois.

Actuellement, il ne lui reste de ce grand traumatisme qu'un raccourcissement de 3 centimètres et demi du membre inférieur droit, correspondant au déplacement ascensionnel qu'a subi l'os coxal du même côté, et que le malade compense en marchant sur la pointe du pied, une légère boiterie, un peu de faiblesse du membre traumatisé, une raideur assez marquée de la portion lombaire de la colonne vertébrale, enfin une abolition presque complète de la sensibilité à la piqure sur tout le membre et particulièrement sur sa face postérieure.

En examinant les épreuves radiographiques, on peut constater : 1° que le bord supérieur de l'os coxal droit est plus bas que le bord supérieur du côté opposé ; 2° que la portion droite du pubis est plus élevée que celle du côté opposé.

D'où l'on peut conclure que l'os coxal luxé au niveau de ses deux symphyses a subi un mouvement de bascule de bas en haut, le pubis étant remonté et l'os iliaque ayant été mobilisé au niveau de la symphyse sacro-iliaque, de telle sorte que sa portion inférieure s'est déplacée en avant et sa portion supérieure en arrière.

OBSERVATION XIX

En partie résumée. — Docteur H. Marquès, Communication à la Société des Sciences médicales, reproduite in Montpellier Médical, ann. 1907

Un nouveau cas de luxation de la symphyse pubienne

J'ai l'honneur de vous présenter l'épreuve positive d'une radiographie, qu'en septembre 1906, nous fîmes, en collaboration avec M. le professeur Imbert, au cours d'une expertise pour accident du travail.

Il s'agit d'un ouvrier maçon qui, en juin 1905, fit une chute de 4 mètres de hauteur, sur la fesse gauche.

Appelé immédiatement auprès du blessé, le docteur Carrière-Montjosien constata de nombreuses contusions dans la région sacro-iliaque gauche et une impotence fonctionnelle absolue du membre inférieur du même côté. Consécutivement, le blessé fut atteint de rétention d'urine nécessitant des sondages répétés, suivie, au bout de quelques jours, de cystite et d'hématurie, qui persistèrent pendant un mois et demi environ.

Peu après, le malade présente de la paralysie, ou tout au moins de la parésie des sphincters vésical et anal : ne pouvant retenir ni son urine, ni ses matières fécales, il devait uriner ou aller à la selle, dès que le besoin s'en faisait sentir.

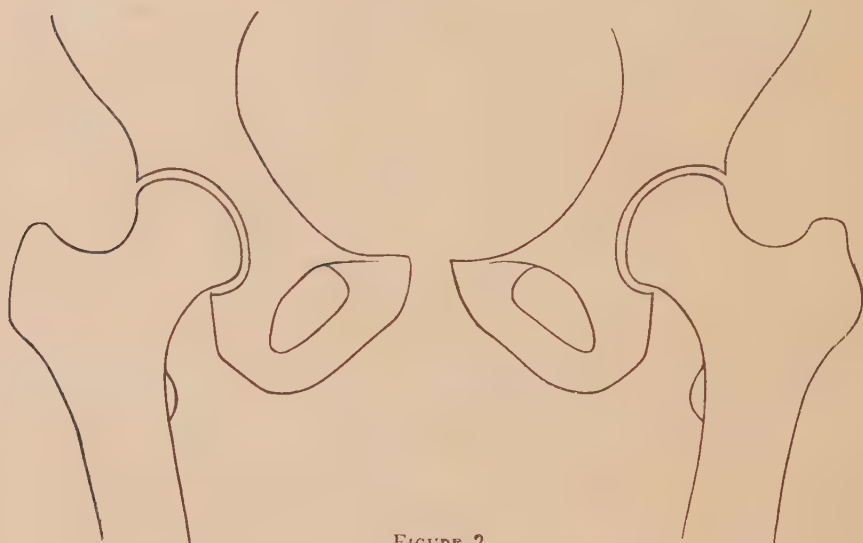
Lorsque nous vîmes le blessé, 15 mois après l'accident, il nous affirma que cette parésie des sphincters persistait encore. Il nous disait, en outre, ne pouvoir marcher qu'avec deux cannes, et être incapable de se livrer à tout travail. Il n'existait, d'ailleurs, aucun indice d'atrophie musculaire sur les membres inférieurs, qui n'étaient le siège d'aucune douleur. Le malade disait souffrir cependant lorsqu'on exerçait une pression transversale avec les mains placées sur les os iliaques.

Les accidents vésicaux d'une part, les douleurs déterminées par la pression transversale, d'autre part, ainsi que la nature de l'accident, nous portèrent à faire l'hypothèse de fractures possibles des branches horizontale et verticale du pubis.

Nous procédâmes dès lors, avant toute chose, à un examen radiographique, le malade étant couché sur le ventre et voici le positif de l'épreuve radiographique ainsi obtenue (fig. 2).

La comparaison de cette épreuve avec celle d'un bassin normal, radiographié dans les mêmes conditions, montre qu'il

s'agissait, en toute évidence, d'une disjonction de la symphyse pubienne, c'est-à-dire d'une lésion considérée comme excessivement rare, et dont, à quelques mois d'intervalle, nous avons pu observer deux exemples. Je vous rappellerai,



Cliché pris pubis contre la plaque

en effet, qu'en février dernier, nous vous en avons déjà communiqué une première observation.

Après la constatation de la lésion existante par la radiographie, nous avons cherché si, par les procédés cliniques habituels, il était possible de la reconnaître, et n'en avons trouvé aucune trace, notamment à la palpation...

La conclusion à tirer de ce fait est, nous semble-t-il, qu'une disjonction ou une luxation vraie, au niveau de la symphyse pubienne, peut quelquefois échapper à un examen clinique fait par le chirurgien le plus compétent, et que la radiographie seule, dans ce cas, peut fournir une preuve irrécusable, parce qu'elle est objective, de la nature de la lésion.

Une question importante se pose encore, étant donné qu'il s'agissait d'expertise pour accident du travail : c'est de connaître les conséquences, au point de vue de l'intégrité ouvrière, d'une luxation de la symphyse pubienne.

Il ne semble pas qu'on puisse actuellement les évaluer, en toute connaissance de cause, le nombre de cas rapportés étant encore trop restreint.

Dans le cas qui nous occupe, il a été conclu à une forte incapacité.

OBSERVATION XX

(Inédite et personnelle)

Il s'agit d'un mineur, M..., âgé de 36 ans, qui le 9 mars 1906 travaillait dans une galerie, quand un énorme bloc de terre tombant d'une hauteur approximative de 1 mètre sur son bassin, le couche sur le côté gauche. Un docteur de Gagnières (Gard), qui le voit peu après l'accident, constate de nombreuses ecchymoses disséminées par tout le corps, avec les grosses lésions suivantes : ecchymoses très étendues avec œdème de la région trochantérienne gauche — ecchymose très prononcée du scrotum, qui est très volumineuse, et du pénis (l'ecchymose de la région péno-scrotale est manifestement distincte de celle de la région trochantérienne). — Le malade est dans l'impossibilité absolue de remuer les membres inférieurs ; la pression de la partie antérieure du bassin est douloureuse. La douleur est excessivement vive au niveau des ischions, pas de douleur en arrière. Les réflexes sont normaux : les diverses sensibilités sont intactes. Pas d'urétrorragie. Ventre ballonné, très douloureux. Rétention d'urine d'emblée. Le malade est aussitôt sondé avec une sonde de Nélaton, qui passe très bien et ramène environ un litre et demi d'urines sanglantes.

Le blessé est revu le soir : les mêmes symptômes persistent, mais avec exagération de l'élément douleur. — En immobilisant le bassin, on peut élever et fléchir légèrement les membres inférieurs. La symphyse pubienne est toujours très douloureuse, et il semble qu'en pressant sur la branche horizontale du pubis, on perçoive un choc osseux. On délivre un premier certificat médical, portant comme diagnostic : fracture du bassin. Il semble impossible de spécifier le genre de fracture en présence de laquelle on se trouve. Le lendemain, 10 mars, la rétention d'urine persiste. On sonde le malade : le cathétérisme est impossible en position dorsale et c'est en faisant coucher le malade sur le côté gauche, que la sonde peut pénétrer dans la vessie. La sonde semble s'arrêter au niveau du col qu'elle franchit par à-coups successifs. Les urines sont toujours sanglantes.

Le 11 mars, même état, cathétérisme impossible. Le 12 mars le malade a subi avec une sonde « métallique » une tentative de cathétérisme, par un confrère des environs, tentative, qui a occasionné une urétrorragie. Le médecin traitant habituel, après une heure de patience, avec les précautions d'usage et avec la prudence que lui inspire sa sagacité clinique, arrive à sonder le malade en le faisant coucher sur le côté gauche. Les urines sont toujours sanguinolentes, mais le résultat inévitable du cathétérisme intempestif autant qu'imprudent ne tarde pas à se faire sentir, les urines deviennent purulentes ; les forces arrivant, elles redeviennent en même temps sanglantes.

Le certificat médical destiné à la Compagnie d'assurances qui avait été rédigé le 2^e jour était ainsi libellé : « Fracture de l'ischion avec fracture probable du pubis et divulsion de la symphyse à droite ».

Le 10^e jour, le malade urine spontanément après de violents efforts qui persistent longtemps après l'accident et n'ont point

encore disparu. Les urines restent purulentes un mois ; en urinant le malade rendit un jour deux fragments de sonde, leur expulsion mit fin aux troubles de purulence. La constipation est très tenace : les laxatifs sont infidèles ; on est obligé d'avoir recours à de fréquentes purgations.

Les membres inférieurs continuent à être immobiles, mais on peut les élever peu à peu au-dessus du plan du lit et les fléchir : mais tout mouvement spontané reste impossible pendant 40 jours. Vers cette date, le malade arrive à soulever les jambes spontanément, il se lève 15 jours après, avec une claudication très prononcée. Il marche avec des béquilles qu'il conserve 9 mois. Il abandonne insensiblement les béquilles, mais marche péniblement ; il continue à se plaindre de vives douleurs « dans le fondement », peu à peu toutes les positions des membres inférieurs sont possibles : la station assise est seule très pénible : le malade ne peut rester assis plus de 10 minutes. Devant cette situation, le malade est alors envoyé à Montpellier.

Tels sont les renseignements cliniques, fort intéressants, qu'a bien voulu nous communiquer le docteur Malbois, de Bessèges, ancien interne des Hôpitaux de Montpellier qui, avec le docteur Hermantier de Gagnières (Gard), prodiguèrent leurs soins éclairés à ce malade.

A Montpellier, l'examen radiographique du bassin est pratiqué dans le service de radiographie et d'électrothérapie des hôpitaux : grâce à l'obligeance de notre excellent maître, M. le professeur A. Imbert, qui a bien voulu nous communiquer le cliché de cette radiographie, nous en donnons le dessin au trait suivant (fig. 3).

Ce dessin nous montre un écartement notable de l'articulation bi-pubienne : nous constatons ensuite que le pubis gauche est subluxé au-dessous du pubis droit. Nous voyons en-

suite qu'une esquille osseuse est détachée du pubis gauche, il y a eu un arrachement osseux à ce niveau.

Des renseignements que nous avons pu recueillir ultérieurement sur l'état du sujet, nous permettent de constater que la consolidation de la symphyse pubienne n'est pas encore

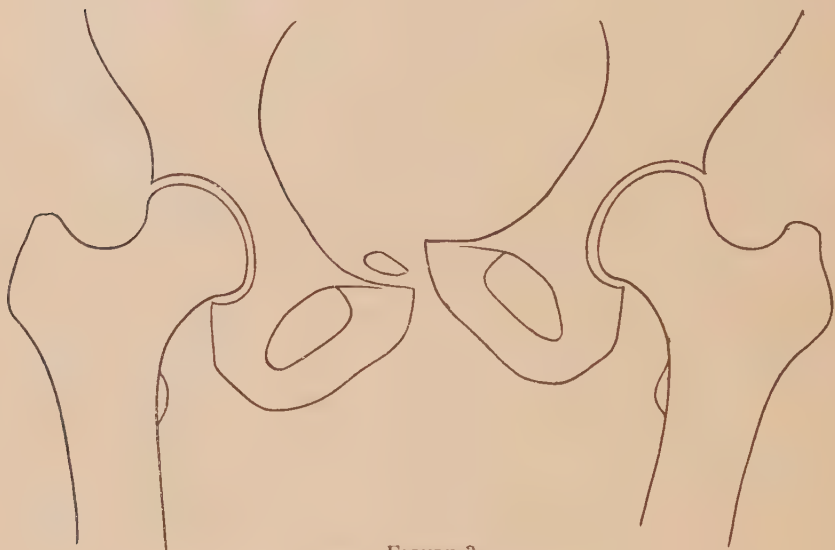


FIGURE 3

Cliché pris pubis contre la plaque

obtenue au mois de novembre 1907, c'est-à-dire 19 mois après l'accident, malgré les soins qui lui ont été donnés. On constate encore un certain degré de mobilité dans les os du pubis qui occasionne de la difficulté pour la marche. Le malade se sert d'une canne solide sur laquelle il appuie fortement à chaque pas qu'il fait : il ressent encore de la pesanteur dans le bassin, la station assise ne peut être longtemps prolongée. Il éprouve de la douleur dans le bas des reins ; le travail manuel ne lui est guère possible ; en un mot, il est incontestable qu'il n'est point exagéré d'évaluer, ainsi qu'il l'a été fait, à 70 %,

l'incapacité de travail qui résulte du traumatisme subi par cet ouvrier.

Il eût été intéressant de faire, à l'heure actuelle, un nouvel examen radioscopique ; malheureusement, il ne nous a pas été possible de l'obtenir.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelques auteurs, dit Malgaigne, réservent le nom de luxations aux déplacements des diarthroses, appliquant aux synarthroses ceux de déduction ou de diastasis. Cette distinction n'est guère justifiée et pour la symphyse pubienne, dans les observations signalées, on parle de luxation, de sub-luxation, de relâchement, d'écartement, de diastasis, de disjonction, pour indiquer que les pubis ne sont plus en rapport intime dans la contiguïté. Ces termes sont souvent mal choisis et il nous semblerait plus conforme à la réalité des faits de reconnaître les divisions suivantes.

Le diastasis est le simple relâchement de l'appareil ligamentaire, permettant des mouvements fort limités quoique plus sensibles qu'à l'état normal ; il s'observe en général, à un faible degré, chez la femme à terme et peut être considéré comme la conséquence de ce processus de relâchement que subissent les articulations du bassin pendant la grossesse.

Toutefois, si ce diastasis est trop accentué, nous aurons une mobilité plus grande, en même temps qu'un écartement plus sensible des surfaces articulaires qui seront désunies, nous aurons une disjonction qui peut être incomplète ou complète.

Si la disjonction est incomplète, les fibres du ligament antérieur, le plus généralement, persistent et maintiennent encore les pubis dans une certaine mesure, mais elles sont tiraillées, traumatisées, quelques-unes peuvent être rompues, il se passe là un fait analogue à celui que l'on observe dans les entorses.

Lorsque la disjonction est incomplète, l'on conçoit aisément que les surfaces articulaires ne se correspondant pas toujours exactement, une sorte de sub-luxation puisse coexister.

Si la disjonction est complète, les ligaments sont rompus et cette rupture peut siéger, soit au milieu même des ligaments, soit au contact de l'un ou de l'autre des deux pubis. Les deux pubis n'étant plus maintenus, chevaucheront l'un sur l'autre, et pourront se placer dans des positions anormales, nous aurons la vraie luxation.

La luxation résulte ou coïncide avec la rupture de l'appareil ligamentaire; le pubis d'un côté peut venir se placer derrière le pubis du côté opposé comme s'il avait été fortement repoussé d'avant en arrière, c'est ce que l'on peut voir sur notre première figure; ou bien il peut occuper une position variable au-dessus ou au-dessous de son congénère.

Dans la luxation, en haut et en arrière, d'une branche du pubis par rapport à l'autre, il y a généralement rupture plus ou moins complète du ligament sous-pubien, et chez l'homme, déchirure ou tension plus forte du ligament pubio-prostatique du côté luxé, il en résulte un tiraillement ou une déviation de l'urètre, d'où gêne plus ou moins grande et prolongée dans la miction, et obstacle plus ou moins résistant à l'introduction des sondes.

Lorsque la disjonction est complète, que les ligaments sont plus ou moins lésés, il est clair que la capsule arti-

culaire est plus ou moins endommagée ; lorsque cette capsule se rompt, l'endroit où siège la section est variable, dit Rudaux dans sa thèse (Paris 1898); tantôt, mais rarement, c'est au milieu même de l'articulation, ou entre la partie hyaline qu'a décrite le Professeur Farabeuf et le fibro-cartilage proprement dit, tantôt et c'est le plus fréquent, le pubis lésé abandonne son cartilage d'encroûtement, qui reste adhérent à tout l'appareil ligamenteux fixé à l'autre pubis.

Malgaigne a constaté un cas dans lequel le « fibro-cartilage était arraché presque en entier du pubis du côté droit, emportant même avec lui quelques esquilles osseuses et le périoste voisin, en sorte que la portion articulaire du pubis droit était comme décortiquée ».

« Baker et J. Cloquet ont vu pareillement le fibro-cartilage arraché de l'un des pubis, dont la surface restait nue et rugueuse ; en sorte que cela paraît être au moins le cas le plus ordinaire ».

Dans un cas de Murville, comme il y avait un écartement de la symphyse capable de recevoir la main et comme la peau seule recouvrait l'intervalle, on put s'assurer que presque tout le fibro-cartilage intermédiaire était resté adhérent au pubis droit. Dans un cas ce fibro-cartilage aurait entraîné un fragment osseux qui aurait perforé la vessie.

Les ligaments constitutifs de l'articulation sont hypertrophiés, ramollis, de couleur rougeâtre, infiltrés. Phœnomenoff a constaté une prolifération exagérée des cellules cartilagineuses avec accumulation de cellules embryonnaires dans les capsules et dans les espaces intercellulaires.

On peut se demander par quels processus peut se faire la cicatrisation d'une symphyse pubienne divulsée ; les documents n'abondent pas sur ce point. Dans son travail,

Rudaux déclare que « la séparation se fait par un épaississement des fibres, il se formera une masse fibreuse, comme lardacée, dure et solide, jouant le rôle de cal. Celle-ci peut être tellement exubérante qu'elle diminue le diamètre promonto-pubien et constitue un obstacle nouveau pour les accouchements ultérieurs.

D'autres parlent de cicatrisation par l'interposition d'une masse cartilagineuse entre les deux pubis, et cette masse serait assez volumineuse pour déterminer un élargissement du bassin.

Les opinions sont donc assez variables sur ce point, mais où tous les auteurs sont d'accord, c'est pour reconnaître le retentissement qu'a sur les articulations sacro-iliaques l'écartement de la symphyse pubienne.

Des expériences faites sur le cadavre, des constatations cliniques établissent d'une façon péremptoire que l'écart des branches pubiennes détermine certains troubles dans l'appareil ligamentaire des symphyses sacro-iliaques. D'ailleurs, dit Malgaigne, la connexion des trois grands os du bassin est telle, qu'il semble à peine possible qu'une violence extérieure disjoigne une des symphyses sans agir sur les deux autres, à moins de quelques fractures de l'anneau pelvien.

Dans le mémoire de Murville, se trouvent relatées des expériences faites sur le cadavre, ayant pour but de rechercher les désordres produits par un écartement des deux pubis d'un homme : « dont les symphyses pubiennes n'ont éprouvé aucun travail préparatoire de la nature de celui qui se fait chez la femme enceinte ».

Dans une série de dix expériences, faites sur des cadavres d'âge différent, Murville a noté les faits suivants : 1° déchirure du tissu cellulaire et des parties fibreuses placées entre les pubis et la vessie ; 2° écartement des

muscles pyramidaux de l'abdomen ; 3° la ligne blanche était distendue et tiraillée, mais non déchirée ; 4° le péritoine, la vessie et l'urètre étaient intacts ; 5° au niveau des symphyses sacro-iliaques, distension exagérée, mais non déchirure des trousseaux ligamenteux antérieurs ; 6° écartement de 5 à 6 millim. entre les surfaces articulaires du sacrum et de l'os coxal, écartement pouvant être apprécié au toucher. Murville signale encore : « un relâchement des ligaments sacro-iliaques postérieurs, qui sont comme plissés, et une tension assez prononcée des grands et petits ligaments sacro-sciatiques ». L'écartement qui avait été obtenu, par l'introduction d'un coin entre les deux pubis, était énorme puisqu'il mesurait 7 centim.

« Sans entrer dans des détails qui seraient sans utilité, ajoute cet auteur, il nous suffira de dire qu'il résulte de nos dix expériences, que : dans cinq d'entre elles, il y a eu tension très forte, à la vérité, mais non déchirure des ligaments sacro-iliaques antérieurs ; que, dans les cinq autres, ces mêmes liens se sont rompus, mais d'un seul côté, et seulement à la partie la plus élevée, c'est-à-dire vers la base du sacrum, endroit où ces ligaments ne consistent qu'en une lame fibreuse très mince et tout-à-fait périostale ; qu'à une seule exception près, cette déchirure s'est produite, lorsque les cadavres soumis à nos expériences appartenaient à des sujets plus âgés, et morts depuis longtemps ; qu'à part la déchirure du tissu cellulaire et des petits vaisseaux situés derrière la symphyse pubienne et au-devant de la vessie, les organes renfermés dans la cavité pelvienne, de même que ceux qui avoisinent cette région, n'ont jamais éprouvé de lésions appréciables. »

Plus près de nous, dans une thèse fort intéressante de Gallet-Duplessis, intitulée : De la symphyséotomie chez

l'homme (Paris 1893), se trouvent relatées des expériences analogues aux précédentes et dont les résultats sont à peu près identiques. Helferich (*Arch. für klin. chirurg.*, vol. XXXVII), Koch (*Berlin. klin. Woch.*, 1888) en Allemagne, Albarran (*Tumeurs de la vessie*), Tuffier (*Nouveau traité de chirurgie*) en France appliquent à l'homme la symphyséotomie, afin d'avoir un plus grand espace pour aborder la face antérieure de la vessie. C'est cet acte opératoire qu'étudie Gallet-Duplessis et c'est ce qui l'amène à faire les expériences, dont nous résumons les résultats.

« Après section des parties molles et l'ouverture de l'articulation, les deux cuisses préalablement fléchies et fortement écartées par deux aides, avec un écartement de 40 millim., on voit la vessie intacte, les ligaments antérieurs de la vessie sont tendus, mais jamais assez pour produire des déchirures.

» Quand on écarte les pubis, sans violence, on tend l'aponévrose moyenne, mais cette tension ne s'accompagne pas de déchirures de cette aponévrose, ni de lésions de l'urètre membraneux qui la traverse.

» Si l'on écarte les pubis, avec violence, après avoir sectionné complètement le ligament inférieur de la symphyse, on arrache ce ligament, on produit des déchirures de l'aponévrose moyenne, des veines qui la traversent et des parties molles qui s'insèrent aux bords inférieurs des pubis.

» Un écartement variant entre 35 et 45 millim. n'a pas provoqué du côté des symphyses sacro-iliaques autre chose qu'un léger décollement des ligaments antérieurs. Avec un écartement pubien de 6 centim., les articulations sacro-iliaques baillent complètement. »

Ces faits montrent bien l'exactitude de la remarque

faite par Ahlfeld qui le premier avait établi, que la rupture de la symphyse pubienne ne peut exister seule, il existe toujours en même temps une autre disjonction articulaire de la ceinture pelvienne et les articulations les plus souvent lésées après celle du pubis sont par ordre de fréquence: la symphyse sacro-iliaque droite, puis la gauche, exceptionnellement les deux.

Les accoucheurs qui avaient étudié les articulations pelviennes, surtout au point de vue de la symphyséotomie, fournissent aussi des remarques d'un intérêt considérable, sur les conséquences de l'écartement des os pubiens. Les expériences de Pinard, de Varnier, de Farabeuf, montrent que chez la femme on peut obtenir des écartements des pubis de 3 à 6 centim., sans provoquer d'autres lésions qu'un simple décollement des ligaments sacro-iliaques antérieurs et sans crainte de léser, ni la vessie, ni le péritoine. Un pareil écartement produit chez l'homme entraînerait certainement d'autres dégâts, car chez la femme, nous le répétons, il faut tenir compte de ce processus de relâchement qui, ainsi que les recherches de Budin l'ont démontré, amène une mobilité plus grande dans les articulations du pelvis.

En résumé, si nous considérons simplement le résultat de l'écart des os du pubis, nous constatons toujours un certain degré d'entorse des symphyses sacro-iliaques, et cela nous explique la douleur persistante accusée dans cette région dans la majeure partie des cas.

CHAPITRE VI

ETIOLOGIE ET MECANISME

Parmi les causes susceptibles de déterminer une disjonction articulaire des pubis, les unes sont liées aux états organiques du sujet, les autres relèvent de l'action vulnérante elle-même ; prédispositions générales dans le premier cas, causes déterminantes dans le second ; toutefois, cette division applicable à toutes les divulsions n'a rien d'absolu, les deux facteurs pouvant simultanément intervenir.

Dans les prédispositions générales, dit Malgaigne, se rangent « l'influence des âges, des sexes, des saisons, les prédispositions générales des diverses articulations et, enfin, celles qu'on a attribuées à certaines constitutions ».

J.-L. Petit, le premier, avançait cette opinion que les luxations sont plus faciles chez les jeunes sujets qu'à un âge très avancé. Dans le cas des luxations traumatiques, l'âge ne semble avoir été un facteur étiologique que l'on puisse en partie invoquer que dans l'observation de Tenon, le sujet étant relativement jeune.

Laissant de côté les influences des âges, des sexes, des saisons, dont parle Malgaigne, il nous semble suffisant pour le cas qui nous occupe de nous attacher simplement aux divisions étiologiques suivantes :

1° Disjonctions reconnaissant pour cause une malformation congénitale ;

2° Disjonctions de nature pathologique ;

3° Disjonctions reconnaissant pour cause la puerpéralité ;

1° Disjonctions traumatiques proprement dites.

1° DISJONCTIONS RECONNAISSANT POUR CAUSE UNE MALFORMATION CONGÉNITALE

Malgaigne ne fait que mentionner « l'écartement des pubis qui existe chez tous les sujets atteints d'extrophie de la vessie, il y a là une perte de substance molle et des parties dures, c'est tout au plus une pseudo-luxation ».

Il n'y a pas lieu d'insister ici sur cette malformation, la remarquable démonstration de l'éminent professeur Vialleton (*Arch. provinciales de chirurgie* de 1892, pag. 259) venant après les théories de Keibel et de Gilis, donne l'explication embryologique la plus satisfaisante de cette anomalie. Pendant longtemps avec Roose, on s'était contenté d'attribuer à cette malformation une origine extra-embryonnaire en prétendant qu'elle reconnaissait pour cause un traumatisme maternel.

L'écartement constaté entre les pubis non réunis sur la ligne médiane est variable. Tarnier prétend que l'on trouve un espace de 3 à 6 centim. en moyenne chez le nouveau-né, et de 8 à 11 chez les adultes ; Freund, chez ces derniers, aurait trouvé dans un cas un intervalle de 14 centim. 9. Cet espace interpubien est quelquefois en partie comblé par des trousseaux fibreux, parfois minces et peu résistants, parfois épais.

Duncan prétendait que le diastasis des pubis s'observe

moins souvent chez la femme que chez l'homme ; sur 41 faits qu'il avait pu réunir, il comptait 32 cas chez l'homme et 8 chez la femme.

Les accoucheurs avec Litzmann, Freund, Maggoli, Schauta se sont particulièrement attachés à l'étude du bassin fendu, classiquement dénommé bassin de Litzmann. Ce bassin, dit Tarnier, « abstraction faite de la face béante de l'excavation pelvienne en avant, rappelle par quelques-uns de ses caractères la forme du bassin plat rachitique ».

2^o DISJONCTIONS DE NATURE PATHOLOGIQUE

« Le deuxième genre de luxation dont seraient susceptibles les os du bassin, survient chez les sujets lymphatiques et scrofuleux sans cause appréciable ; quelquefois cependant une violence extérieure telle qu'un coup, une chute, un effort, semble en avoir été la cause déterminante. On doit, je pense, rapporter cette affection à celle que les auteurs ont désignée sous les noms de tumeur blanche, arthrocace, arthropathie, luxation spontanée, luxation consécutive, etc., etc. Elle est donc plutôt un symptôme d'une autre maladie qu'une luxation proprement dite. »

Ce sont ces luxations que Malgaigne qualifiait de pathologiques et dont Forgeue et Maubrac firent une étude d'ensemble.

Parmi les cas de disjonction de la symphyse pubienne, de nature traumatique, dans lesquels on puisse faire intervenir la prédisposition pathologique, on ne peut que signaler l'observation, fort contestée d'ailleurs, de Bassius rapportée par Murville, où il est question d'un étudiant en droit qui fut brusquement interrompu par la douleur pendant un exercice d'escrime ; cette observation est

d'ailleurs tellement discutée que nous ne l'avons pas reproduite.

« C'est dans le groupe des luxations par relâchement articulaire, disent Forgue et Maubrac, assez souvent observées dans la puerpéralité, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, que les causes de nature pathologique sont plutôt à rechercher. Ne sont-elles pas d'ailleurs, la résultante de « facteurs étiologiques combinés : élongation ligamenteuse, dégénérescence spécifique des muscles péri-articulaires, contractions musculaires inopportunes, poids du membre, etc. ».

Dans le groupe des disjonctions reconnaissant pour cause la puerpéralité, nous trouverons des cas où la prédisposition pathologique est directement en cause ; il n'y a pas lieu d'insister davantage sur ce point.

3° DISJONCTIONS RECONNAISSANT POUR CAUSE LA PUERPÉRALITÉ

Les causes qui amènent les disjonctions de la symphyse pubienne sont divisées en trois catégories par Rudaux dans sa thèse de Paris, 1898 : 1° celles tenant à la mère ; 2° celles tenant au fœtus ; 3° celles tenant à l'opérateur ou à ses aides.

Cette division toutefois n'a rien d'absolu, dit-il, car les trois causes, le plus souvent, interviennent à la fois ; d'après Bach, la rupture ne pourrait avoir lieu sans une prédisposition naturelle.

1° *Causés maternelles.* — Les primipares, et surtout les primipares âgées, chez lesquelles les ligaments articulaires ont perdu leur souplesse, occupent le premier rang dans la statistique de Rudaux.

Le rachitisme agirait : 1° en donnant aux os une fragilité spéciale ; 2° en modifiant les diamètres du détroit supérieur et de l'excavation. Dans les bassins rachitiques et généralement rétrécis, la tête fœtale, pour passer, doit ou se réduire, ou élargir la symphyse, ou la rompre.

L'ostéomalacie, d'après Ulsamer, occupe le deuxième rang : 1° par le ramollissement qu'elle imprime au squelette pelvien en touchant même les symphyses ; 2° par les viciations qu'elle entraîne dans les diamètres du bassin.

On a signalé l'exagération du relâchement normal de l'articulation pubienne, les arthrites infectieuses, rhumatismales, tuberculeuses ; les diverses cachexies, certaines diathèses, l'arthritisme, la syphilis. Les lésions osseuses du pubis auraient amené un décollement du cartilage à ce niveau ; Scharf aurait observé un cas d'ostéo-sarcome de cet os.

Pendant l'accouchement, Martinelli, dans l'*Union médicale* de 1867, cite une rupture articulaire due aux contractions trop énergiques des muscles droits, obliques et transverses de l'abdomen.

2° *Causes dépendant du fœtus.* — Une tête fœtale trop grosse, aidée par des contractions utérines intenses, pressée entre le pubis, aurait fait éclater la symphyse.

Le passage du diamètre bis-acromial aurait déterminé le même dégât, suivant les observations d'Achenbach, Dührssen, Zweifel, Martin.

Naughton, dans un bassin ostéomalacique, aurait observé une disjonction symphysaire au moment de l'expulsion d'un placenta large et dur.

3° *Causes tenant à l'opérateur ou à ses aides.* — « Nous avons été frappé, dit Rudaux, de la fréquence de l'inter-

vention comme cause déterminante : c'est le forceps qui occupe la première place, et dans la plupart des cas, il s'agit du forceps sans tracteur, de celui avec lequel on devait déployer une force considérable dont une partie était perdue par le frottement de la tête contre la vessie et la symphyse pubienne. Pour faire pénétrer la tête dans le détroit supérieur, les tractions étaient souvent accompagnées de mouvements de latéralité ou de pendule. Les ruptures de la symphyse pubienne sont devenues plus rares depuis l'emploi du forceps de Tarnier ».

Boddaert signale deux cas de disjonction à la suite de l'emploi du levier.

Eidam, Hoffmann, Scharf, Chaussier citent des faits où la rupture se serait produite au moment de l'extraction de la tête dernière ou dans les présentations du siège.

Le mécanisme de la disjonction symphysaire des pubis se réduit à une sorte d'éclatement de la ceinture pelvienne. « L'agent unique de l'écartement, disait Piet, est la tête de l'enfant. » Le forceps, l'intervention opératoire, une position vicieuse, avons-nous vu, peuvent être incriminés, mais il faut faire la part très grande à la prédisposition. Malgré l'opinion de Duverney affirmant que les pubis étaient séparés par le seul effort de la nature, malgré l'avis d'Ulsamer, qui prétendait que la rupture est aussi naturelle que le relâchement, et que la nature, qui a tout prévu, a permis par ce moyen à certaines femmes d'accoucher sans douleurs, il semble plus vraisemblable d'admettre que la disjonction de la symphyse pubienne pendant la grossesse ou l'accouchement est souvent facilitée par l'exagération du processus de relâchement des ligaments articulaires.

4° DISJONCTIONS TRAUMATIQUES PROPREMENT DITES

Si les disjonctions reconnaissant pour cause la puerpéralité ne sont pas très fréquentes, il faut reconnaître que les disjonctions traumatiques sont encore bien plus rares, du moins jusqu'à présent.

Braun von Fernwald déclare que dans la statistique d'un hôpital où l'on fait 3.000 accouchements par an, il faut attendre des années pour voir un fait semblable se produire ; dans la clinique qu'il dirige, sur 30.000 accouchements, 3 cas seulement furent relevés. Quant aux luxations traumatiques proprement dites notre observation est, croyons-nous, la vingt-deuxième qui ait été signalée.

Les luxations du bassin coexistent le plus souvent avec des fractures de cette enceinte osseuse, mais quelques faits établissent que les symphyses du bassin peuvent être rompues et les os déplacés sans fracture concomitante, ou avec des fractures secondaires.

Toutefois, le peu de mobilité de ces articulations permet de comprendre qu'une seule d'entre elles ne saurait être luxée ou au moins disjointe, si une fracture concomitante ne fournit pas la mobilité nécessaire au déplacement.

Les trois symphyses du pelvis peuvent être simultanément intéressées, mais Malgaigne reconnaît que la rupture des articulations du bassin porte le plus souvent, d'abord sur la symphyse pubienne et de là se propage presque inévitablement aux symphyses sacro-iliaques; cependant celles-ci sont quelquefois rompues isolément.

Si nous laissons les cas où la prédisposition peut être

invoquée, comme dans les observations n° 1 de Tenon et dans l'observation de Bassius rapportée par Murville, et fort contestée d'ailleurs, nous voyons que la luxation traumatique se produit sous l'influence d'une cause vulnérante très puissante.

Deux fois, écrit Malgaigne, l'écartement s'est produit à cheval, par des sauts brusques de l'animal, et comme si la selle eût agi à la façon d'un coin entre les tubérosités sciatiques. C'est le cas du recteur cité dans l'observation de Cameron et celui du colonel signalé par Murville.

« Dans le cas du colonel, dit cet auteur, tout s'est produit par un effet d'écartement latéral, occasionné par la selle, agissant comme un large coin entre les membres abdominaux, préalablement rendus fixes, tout à fait immobiles dans toutes leurs articulations, et plus particulièrement dans celles qui unissent les fémurs aux os des îles, à l'aide d'une contraction des plus énergiques des muscles adducteurs. Il résulte de là que les membres inférieurs et le bassin réunis, ne formaient plus ainsi qu'une seule et même pièce, une espèce de fourche à deux branches. Celle-ci ne cédant pas à l'effort d'écartement opéré par la selle, au moment où le colonel retombait vers cette dernière à la suite d'une première et violente secousse, cet effort d'écartement a dû nécessairement venir et est venu, en effet, aboutir à la partie supérieure de la fourche, c'est-à-dire au périnée. »

Dans ces premiers cas, la force vulnérante agit suivant une ligne se confondant avec l'axe du tronc.

Dans le cas du maçon, cité par Martin, de Bordeaux, la direction de la force vulnérante est dirigée suivant cette ligne, c'est ce qui se produit dans les chutes d'un lieu élevé.

Pour le peintre dont Moreau dans sa thèse de Lille

nous raconte l'histoire, le facteur étiologique est le même, il s'agit d'une chute d'une hauteur de 8 mètres environ ; mais dans ce cas, l'auteur, avec juste raison, admet une prédisposition causée par le travail antérieur et il écrit : « M. Guermonprez se demande s'il ne faut pas faire entrer en ligne de compte le travail antérieur de ce peintre, qui, pour badigeonner un plafond, travaillait depuis cinq heures du matin : il était six heures du soir au moment de sa chute ! »

Et Moreau expose ainsi sa judicieuse remarque : « or, il s'agissait de la peinture d'un plafond à caissons. Sans doute, à certains moments, le peintre se tenait debout régulièrement, c'est-à-dire avec les deux pieds sur un même échelon : mais il en était tout autrement à certains autres moments, alors que sans changer l'emplacement de son échelle, l'ouvrier s'efforçait d'atteindre l'extrême limite des portions éloignées du plafond, qu'il arrivait encore à badigeonner au moyen de la couleur portée par sa brosse. Pour travailler le plus loin possible, il posait le pied gauche à un échelon, il se tenait de la main gauche à un autre échelon, et il s'allongeait pour badigeonner de la main droite, tandis que son membre inférieur droit se trouvait vaguement étendu dans le vide, faisant en quelque sorte l'office d'un balancier. En s'allongeant bien des fois au cours de sa journée de travail, cet ouvrier a renouvelé le geste connu sous le nom de « grand écart » et il a poussé cette attitude jusqu'à son extrême limite. M. Guermonprez suppose que cet homme a pu provoquer ainsi un état particulier des articulations du bassin, état de fatigue inconsciente, avec ramollissement des tissus fibreux, infiltration des espaces cellulaires, relâchement des ligaments actifs, c'est-à-dire toute une série de modifications minimes, qu'il rapproche du type connu des hyarthroses. Son

argument, c'est l'hydarthrose avérée qu'il a constatée dans des articulations temporairement soumises à la fatigue, ou bien dans des articulations troublées par une attitude prolongée et non régulière. »

Dans d'autres cas, la direction de la force vulnérante est dirigée perpendiculairement à l'axe du corps ; c'est ce qui se trouve réalisé lorsque la victime est prise entre les tampons d'un wagon, serrée entre deux roues d'une voiture, ou bien entre la roue et le sol, lorsqu'elle se trouve prise dans un éboulis de mine ; cette dernière circonstance est réalisée dans l'observation de MM. Imbert A. et Marquès H. ainsi que dans la nôtre.

Quelle que soit la cause de la disjonction traumatique, il est incontestable qu'il faut qu'elle s'exerce avec une grande intensité pour produire la lésion qui nous intéresse. B. Anger, dans son traité iconographique des maladies chirurgicales, reconnaissait que les os du bassin, résistants et protégés par d'épaisses couches musculaires, ne cèdent qu'à des violences considérables. Messerer est arrivé à conclure de ses expériences que la moyenne du chargement nécessaire pour fracturer le bassin d'un adulte était de 250 kilos, lorsque la pression s'exerce dans le sens antéro-postérieur, tandis que la pression transversale sur la crête iliaque évaluée à 180 kilos amènerait une disjonction des symphyses sacro-iliaques.

Etant donnée l'intensité de la force vulnérante, on peut se demander pourquoi dans les observations recueillies, la luxation s'est produite plutôt que la fracture.

Moreau, pour expliquer ce fait, admet, avec juste raison, l'action des causes prédisposantes. Tout en tenant très grand compte de cette assertion, il nous semble que l'on peut faire intervenir d'une part la direction de la force vulnérante et d'autre part son point d'application.

Salleron dit en effet : « l'os iliaque peut se partager en deux parties, offrant une résistance fort inégale à l'action des causes traumatiques ; elles sont séparées par la ligne innommée. L'une, antéro-supérieure, écailleuse, recouverte de deux lames de tissu compact fort mince, séparées par du tissu spongieux, excepté à sa partie moyenne où elles sont en contact immédiat. Toute cette portion osseuse, généralement mince et friable, est très accessible dans toute son étendue à l'action des causes vulnérantes, et se fracture avec la plus grande facilité, en raison de sa position sous-cutanée, de sa direction et de sa forme plane ou presque plane. L'autre, postéro-inférieure, beaucoup plus épaisse, mieux protégée par les parties molles, moins exposée aux chocs intérieurs directs peut supporter sans se rompre une violence traumatique assez forte pour produire une luxation ; la première au contraire, en raison de sa grande friabilité, se brise trop facilement et trop promptement pour transmettre aux surfaces articulaires une puissance d'action capable d'en opérer la disjonction ».

D'après les observations recueillies, nous pouvons constater, en effet, que c'est au niveau du petit bassin que la force vulnérante a agi le plus souvent ; dans plusieurs cas, la direction de cette force était perpendiculaire à l'axe du corps ; il serait imprudent de vouloir généraliser, aussi nous bornerons nous à constater ces faits qui concordent en partie avec la remarque de Salleron

CHAPITRE VII

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic de diastasis congénital des pubis n'offre aucune difficulté, il se fera en même temps que celui de l'extrophie vésicale. L'exploration du bassin montrera en avant l'excavation pelvienne remplaçant une grande partie de l'arc antérieur du pelvis ; chez la femme, le toucher vaginal montrera le degré d'écartement des deux pubis ; cependant, dit Bonnet, le doigt peut percevoir la saillie ligamenteuse qui unit les deux pubis, ce qui pourrait être une cause d'erreur ; mais la palpation méthodique du bassin permettra de sentir le relief que fait le bord libre des pubis au niveau de la partie externe des sillons inguinaux.

« Les ailes iliaques, dit Tarnier, sont déjetées en bas et en arrière ; les crêtes iliaques sont rectilignes et s'écartent l'une de l'autre en divergeant. Le sacrum affecte une disposition convexe transversalement, comme si les corps de ses vertèbres avaient tendance à se hernier entre les masses latérales adjacentes. Au niveau de ses premières pièces, cet os présente en outre une convexité longitudinale ; de plus, il est coudé d'arrière en avant dans sa partie inférieure. »

« Les épines iliaques antérieures et supérieures s'écartent à l'extrême, l'une par rapport à l'autre ; les épines

postéro-supérieures, au contraire, se touchent entre elles et se rapprochent simultanément de la crête sacrée. L'angle sacro-vertébral est abaissé et très saillant en avant; la lordose lombaire est exagérée... Habituellement, les ligaments sacro-iliaques sont relâchés. Les lignes innominées affectent une incurvation moindre qu'à l'état de conformation normale; les branches ischio-pubiennes s'écartent largement l'une de l'autre, de telle manière que leurs faces internes se trouvent fortement orientées en dedans et en avant. »

« L'ossature des parois pelviennes est tantôt grêle, tantôt, au contraire, elle est très développée et hérissée d'apophyses très saillantes. »

« Les hanches sont saillantes, élargies; les cuisses, écartées l'une de l'autre, sont déviées en rotation en dehors, de telle façon que leur face interne regarde en avant. La vulve est orientée anormalement et déplacée en avant et en haut; elle est, en outre, déformée et se présente sous la forme d'une ouverture à bords froncés dont le grand axe est dirigé en travers. La région anale suit les organes génitaux externes dans leur changement de direction et, par suite, se déplace en avant; le segment ano-vulvaire du périnée est très raccourci. »

Il est facile de prévoir les troubles fonctionnels qui résultent de cette anomalie, surtout au point de vue de la marche. Les mouvements de la marche sont très pénibles, s'accompagnent d'un déhanchement caractéristique. Le-sage, pourtant, a signalé le cas d'un homme de 48 ans atteint de diastasis pubienne qui faisait douze lieues par jour.

Quant aux symptômes de disjonction des pubis reconnaissant pour cause la puerpéralité, le diagnostic n'en est point très malaisé.

La rupture de la symphyse pubienne peut se produire brusquement, sans troubles prémonitoires, dit Rudaux, ou bien n'être que la deuxième étape d'un relâchement pathologique.

Le plus ordinairement, suivant Malgaigne, c'est vers le septième ou huitième mois que les femmes ressentent les atteintes de cette disjonction symphysaire. Elles commencent à marcher difficilement, accusant dans les lombes un sentiment de lassitude et de faiblesse qui peut aller jusqu'à la douleur ; cette douleur disparaît dans le décubitus dorsal, se réveille parfois lorsque la femme fait effort pour se retourner ou se soulever : elle devient vive et insupportable quand elle essaie de marcher ou de se tenir sur ses jambes. Ces douleurs sont mises sur le compte de la grossesse ; pendant le travail cependant, l'accoucheur est frappé de la mobilité insolite des os iliaques, mais les douleurs accusées sont volontiers confondues avec celles de l'enfantement.

Ce n'est qu'après l'accouchement et quand la femme se lève que le diastasis se révèle de manière à ne plus être méconnu. Dès qu'elle se tient debout, une vive douleur se déclare au bas des reins, dans la région sacrée, la symphyse pubienne échappe le plus souvent à cette douleur ; quelquefois, au contraire, elle est le siège principal et presque exclusif de cette sensation pénible.

Les malades sentent parfois les os disjoints se mouvoir, entendent même un certain craquement. Le chirurgien en plaçant la main sur la crête iliaque pendant la marche ou même dans la simple flexion des cuisses, la sent manifestement remonter ; en saisissant les deux crêtes iliaques et les poussant en sens contraire, il peut abaisser l'une, tandis que l'autre remonte, et la différence de niveau est sensible surtout pour le pubis ou la ligne

médiane. Du reste le doigt porté sur la région pubienne et, mieux encore, introduit dans le vagin, reconnaît un écart de la symphyse pubienne qui varie de quelques lignes jusqu'à un pouce.

Smollett raconte que sur une femme de 27 ans, avant l'accouchement, à huit mois de grossesse, le relâchement des symphyses était si extraordinaire qu'il faisait facilement chevaucher les deux pubis l'un par-dessus l'autre. Il pensait que cela facilitait l'accouchement. Hippocrate déjà, dans son livre *De naturâ pueri*, avait admis que l'enfantement était impossible sans cette diduction.

Trousseau a cité un cas où l'écartement des pubis était tel que l'on pouvait introduire le doigt entre eux.

L'écartement des pubis amène non seulement de la mobilité, mais aussi une certaine déformation de la région, masquée en partie par les poils du mont de Vénus. Chez la malade de Lefèvre, le pubis gauche soulevait les téguments de l'aîne correspondante de manière à simuler une tumeur du volume du poing ; l'autre présentait, à droite, une saillie environ moitié moindre.

Dans le cas d'arthrite pubienne pendant la grossesse, les signes d'une phlegmasie articulaire : gonflement, œdème de la région, douleur réveillée à la pression, l'élévation thermique faciliteront le diagnostic.

Mais c'est surtout au moment de l'accouchement que se produit la disjonction symphytaire. A. Paré déjà déclarait : « que dans certains accouchements ayant la main sur le croupion, j'ai ouï et senti un bruit de crépitation ou un craquement des os des hanches pour la séparation qui s'y faisait ».

Commandeur, de Lyon, dans la *Pratique de l'art des accouchements* (1907), publié sous la direction de Bar, Brindeau, Chambrelent, décrit admirablement page 296

les symptômes qui permettent d'établir le diagnostic de la rupture symphysaire. « Au moment d'une poussée violente de l'utérus, d'un effort d'expulsion de la femme, ou d'une traction vigoureuse sur le forceps, il se produit soudain un craquement assez intense pour être perçu par les assistants et la malade. Ce craquement est comparable à celui qu'on entend lorsqu'un os se fracture. En même temps, la malade éprouve une douleur violente au niveau de la symphyse pubienne, sorte de déchirement qui lui arrache un cri, « comme si on l'avait coupée en deux » (Mangiagalli). Au même moment la résistance à la progression du fœtus est vaincue, la tête s'engage et descend rapidement. On peut alors constater les signes physiques caractéristiques de la lésion.

Les membres inférieurs se mettent en attitude de rotation en dehors exagérée et reposent par leur face externe sur le plan du lit. Cette orientation est due à la rotation des os iliaques, libérés en avant, autour de l'axe vertical des symphyses sacro-iliaques.

La région pubienne se déforme, s'élargit en travers ; elle bombe en avant par formation d'un hématome dû à la déchirure des vaisseaux de la région, surtout du clitoris.

A l'examen, les mouvements provoqués du membre inférieur sont douloureux. La malade évite de les mobiliser ; elle éprouve la plus grande peine à détacher les talons du lit.

La palpation de la région pubienne réveille une vive douleur, localisée en ce point, ou irradiée en même temps au petit bassin et aux cuisses. A ce niveau la pression des doigts produit une dépression, limitée sur les côtés par la saillie des deux pubis dont les bords sont nettement perceptibles sous la peau et plus ou moins distants

l'un de l'autre. Leur écartement est symétrique ou asymétrique, selon qu'il y a ou non diastasis marqué d'une articulation sacro-iliaque.

En saisissant à pleine mains les os iliaques, on peut constater leur mobilité dans le sens vertical et dans le sens latéral. Cette mobilisation réveille de violentes douleurs.

Le toucher vaginal donne au niveau de la face postérieure de la symphyse les mêmes sensations que le palper sur la face antérieure, plus nettes peut-être, et qui deviennent très précises en combinant le palper au toucher. L'investigation peut d'ailleurs être gênée par le gonflement des parties ou l'acuité de la douleur. Le palper de la région interne de la fesse et le toucher rectal provoquent en cas de diastasis sacro-iliaque, une vive douleur au niveau de l'interligne.

Il peut exister quelques troubles urinaires : rétention d'urine ou incontinence probablement d'origine nerveuse, à moins qu'il n'existe une lésion de l'urètre ou de la vessie.

D'ordinaire il n'y a pas de phénomènes généraux graves, ce qui permet de différencier la rupture symphyssaire de la rupture utérine, dont le craquement est plus sourd et moins prolongé.

Les symptômes ne présentent pas toujours ce degré de netteté. Ils peuvent être peu marqués, surtout dans les ruptures incomplètes, et la lésion n'être reconnue que quelques jours plus tard ou même seulement à l'autopsie. Parfois c'est seulement lorsque la malade se lève qu'on constate des troubles fonctionnels des membres inférieurs qui peuvent faire songer à l'existence d'une lésion de la moelle ou des nerfs du plexus sacré. L'examen des articulations pelviennes lèvera toutes les hésitations. »

En ce qui concerne la symptomatologie de la luxation

traumatique des pubis, Malgaigne constate combien elle est mal étudiée dans les observations qu'il a pu retrouver. Murville, le premier, relève les symptômes suivants : douleur excessivement vive au niveau des articulations luxées ou distendues, et rendue ordinairement intolérable par le moindre mouvement imprimé aux membres inférieurs ; la mobilité des os disjoints, le changement produit dans la conformation des parties.

Il faut reconnaître que le diagnostic de luxation de la symphyse pubienne n'est point du tout aisé, nous n'en voulons pour preuve que le fait signalé dans l'observation de Marquès et du professeur Imbert où la radiographie fut une révélation, suivant le dire d'un éminent chirurgien qui vit le blessé.

En raison du peu d'observations faites jusqu'à ce jour, l'idée de luxation de l'articulation bi-pubienne ne vient pas immédiatement à l'esprit, on pense plutôt à la fracture. Sans doute, l'inspection révèle des ecchymoses plus ou moins étendues sur les hanches, le pubis, les organes génitaux externes, le périnée. La région du pénil peut être déformée, œdématiée. La palpation peut, à la rigueur, mais ce fait est loin d'être constant, permettre de constater un certain degré de mobilité, de percevoir même quelques craquements ; elle peut aussi arriver à localiser un point où la douleur présente son maximum. La mensuration peut faire constater un certain degré de raccourcissement des membres. On peut noter des troubles de la station verticale ou assise, les mouvements passifs peuvent être douloureux et diminués dans leur amplitude, les mouvements actifs peuvent être plus ou moins abolis. Le blessé peut accuser des douleurs très localisées, présenter des signes de rétention d'urine ou d'urétrorragie, mais tous ces symptômes sont autant en faveur de la

fracture que de la luxation, et le diagnostic différentiel est fort hésitant.

On objectera que dans la fracture on percevra une crépitation osseuse qui a des caractères bien divers des craquements sentis dans un article divulsé, mais pour le bassin, ce signe est quelquefois absent; W. Lyon, dans les *Archives générales de médecine* de 1845, t. VII, p. 237, signale une série d'observations où sept ou huit fractures constatées à l'autopsie n'avaient produit aucune crépitation pendant la vie quels que fussent les mouvements imprimés au bassin.

Chez la femme l'exploration de la symphyse pubienne par le toucher vaginal est assez facile pour donner des indications certaines, mais chez l'homme le toucher rectal ne peut donner pareille précision.

Comme signe différentiel de quelque importance nous trouvons ce conseil de Malgaigne : « si l'on soutient bien le membre abdominal luxé, on peut lui faire exécuter, presque sans douleurs, des mouvements de flexion et d'extension, limités sans doute, mais suffisamment étendus pour différencier la lésion existante d'une fracture du col. »

Quelques auteurs parlent d'écartement entre les pubis, mais dans les observations précises de Moreau, de Mignon, de Bazy, de Chaput, de Curtillet et Bordet, dans celles de MM. Marquès et A. Imbert, aucun fait semblable n'est constaté; dans la nôtre, rien de pareil non plus n'est mentionné. Nous voyons, au contraire, que toujours la lésion a été étiquetée fracture du bassin.

Nous ne pouvons donc pas établir un symptôme distinctif, essentiel à la disjonction traumatique, et en l'absence de signe pathognomonique, c'est en dernier ressort à la radiographie, qu'il appartient de trancher le diagnostic.

CHAPITRE VIII

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Les complications qui peuvent survenir à l'occasion de la séparation congénitale des pubis intéressent l'accoucheur autant que le chirurgien. Au point de vue de la parturition, l'anomalie ne comporte aucun élément de dystocie ; Tarnier ne relève pas de particularités dans l'évolution de la grossesse, si ce n'est un accouchement prématuré au septième mois. Ayers signale un accouchement normal et facile en deux heures ; dans deux cas, cependant, il fallut débrider la bandelette d'union des pubis au moment de l'expulsion.

« Au point de vue de la perméabilité dans l'accouchement, dit Tarnier, on doit considérer le bassin fendu, comme un bassin vicié par excès d'amplitude. En effet, les diamètres antéro-postérieurs n'existent pas, puisque la position médiane de l'axe antérieur du bassin n'est formée que par des parties molles. De plus, toute la série de diamètres transverses étagés du détroit supérieur jusqu'au détroit inférieur, offre, malgré le redressement de la courbure des lignes innommées, un élargissement notable qui est de tous points comparable à celui qu'on obtiendrait en pratiquant la symphyséotomie sur un bassin aplati en travers.

Toutefois, si les complications et par suite le pronostic

ne présentent aucun caractère de gravité, au point de vue de l'expulsion du fœtus, il semble, dit Tarnier, et le fait a été depuis mis hors de doute : « que le prolapsus du vagin et de l'utérus apparaisse à titre de complication habituelle après l'accouchement. La chute de ces organes s'explique d'ailleurs aisément, si l'on songe que les effractions produites par le dégagement du fœtus au niveau des parties molles qui ferment le bassin en avant, amoindrissent leur soutien.

La coexistence de l'extrophie vésicale avec la disjonction congénitale du pubis qui, avons-nous vu, est le cas le plus fréquent, entraîne l'éventualité des complications propres à cette affection, et le pronostic n'est guère favorable : il n'y a pas lieu, semble-t-il, d'insister ici sur ce point.

Les complications de la rupture de la symphyse pubienne d'origine puerpérale sont causées par le traumatisme lui-même dont l'action vulnérante ne s'épuise pas en déterminant la disjonction de l'article ; elles peuvent avoir ensuite une origine infectieuse.

On peut constater une attrition plus ou moins accentuée des parties molles : une déchirure de la paroi antérieure du vagin, déchirure qui, si elle est profonde, peut atteindre la symphyse, augmentant les chances d'apport des germes infectieux dans cette articulation ouverte. Dans des observations de Adams, d'Havajewicz, de Bué, le doigt introduit dans le vagin pouvait pénétrer jusqu'à l'articulation et sentir la dénudation du pubis.

Dans une observation de Wahl, l'urètre était déchiré, dans d'autres cas il était contusionné, tirailé, dévié, raccourci comme dans une observation de Guyon, exposant la malade aux accidents de la rétention d'urine. La vessie peut être déchirée sur sa paroi antérieure ou être sim-

plement contusionnée ; la déchirure s'accompagne des signes de l'infiltration d'urine.

On a noté également des déchirures vulvaires aboutissant au vestibule, au clitoris, au périnée.

L'écartement traumatique de la symphyse, dit Rudaux, distendant les ligaments d'un utérus surmené par le travail suffit à expliquer l'inertie utérine avec l'hémorragie abondante qui l'accompagne. Nous avons relevé en effet dans l'observation de Bué que l'écoulement sanguin continue après la délivrance et ne cesse qu'après l'application d'une ceinture.

Les complications infectieuses apparaissent plus ou moins tôt : c'est parfois l'athrite, souvent purulente, annoncée par les signes classiques de l'inflammation : fièvre, rougeur, tuméfaction, œdème, puis plus tard fluctuation.

Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, a signalé un abcès de la cavité de Retzius secondaire à une inflammation de la symphyse, abcès se révélant par une tumeur pouvant acquérir le volume d'une noix de coco.

Ces complications septiques peuvent être la cause d'une pyohémie d'un pronostic d'autant plus sombre qu'elle évolue sur un terrain en état de moindre résistance.

Dans les observations de Havajewicz et d'Ahlfeld cette collection purulente fusant vers le tissu cellulaire du petit bassin était venu s'ouvrir au niveau de la grande lèvre.

Hecker a signalé un cas de phlébite du plexus veineux de Santorini, qui se propageant à la veine iliaque emporta le malade.

On a parlé aussi de gangrène du tissu cellulaire et de la peau prépubienne, d'ostéomyélite des pubis.

Dans une observation de Wahl, il y eut une nécrose des

pubis et des séquestres passèrent dans l'urètre ; Guyon rapporte un cas analogue.

Enfin la mort a suivi la péritonite dans les cas d'Ahlfeld, de Papavoine.

Il est inutile de parler du retentissement de l'écart des pubis sur les articulations sacro-iliaques, nous avons insisté sur ce point dans le chapitre de l'Anatomie pathologique, mais il importe de constater la douleur extrêmement vive, parfois très persistante que les malades ressentent à ce niveau. Cette douleur de l'entorse sacro-iliaque qui peut être confondue avec une névralgie sciatique, peut rendre la marche impossible pendant fort longtemps.

On a également signalé l'arthrite succédant à l'entorse sacro-iliaque.

L'énumération de ces diverses complications suffit à démontrer la réserve qu'il convient d'observer pour formuler le pronostic.

Le pronostic des ruptures de l'articulation bi-pubienne à la suite des accouchements s'est amélioré depuis l'antisepsie ; tandis que Dührssen relevait une mortalité de 70,9 p. 100. Moraux, sur 12 cas réunis depuis l'antisepsie, n'a relevé que 2 morts.

Le pronostic immédiat est subordonné nécessairement aux complications qui peuvent se produire ; quant au pronostic éloigné il ne peut être que très réservé. Voici en effet quelques cas à l'appui de cette assertion :

Une malade, signalée dans une observation de Cayla, trois mois après l'accouchement ne marchait que difficilement, encore n'aurait-elle pas pu le faire sans sa ceinture.

Ce n'est qu'au bout de 4 mois, dit Rudaux, que l'accouchée d'Adams peut se promener dans sa chambre ; après

5 mois celle de Denman ; celle du professeur Guyon est maintenue 6 mois dans sa boîte de son. La femme observée par Fraisse ne marche pas encore après un an. Thomas Denman dit en parlant de la lenteur avec laquelle les symphyses se réunissent : « Je suis informé qu'une personne, après avoir gardé le lit pendant plus de 8 ans à la suite de la séparation des os du pubis, qui s'était manifesté dans un accouchement laborieux, a recouvré l'entier et libre usage des extrémités inférieures... La maladie de Guyon a conservé une incontinence irrémédiable ; celle de Bué a gardé une certaine faiblesse du sphincter vésical, en ce sens qu'elle est obligée de satisfaire immédiatement le besoin d'uriner dès qu'il se fait sentir.

La réparation de la symphyse pubienne, toujours très lente à se produire, peut n'être pas complète, le cal fibreux ou fibro-cartilagineux peut ne pas se former, les troubles de la station persisteront alors indéfiniment. Parfois aussi le cal peut être tellement exubérant qu'il diminue le diamètre promonto-pubien et devient ainsi une cause de dystocie. Dans un cas de Lefèvre, il se forma un cal exubérant à la face postérieure de la symphyse pubienne, qui nécessita, au moment d'un nouvel accouchement, une basiotripsie.

Il est intéressant, dit Rudaux, de se demander ce que deviendra cette symphyse réparée dans un accouchement ultérieur. Nous ne connaissons qu'un cas de rupture nouvelle à la grossesse suivante, et Rémy parle d'une femme qui a éprouvé une douleur assez vive au moment de l'expulsion, mais sans déchirure ligamenteuse. Ce qui se produit, le plus souvent, c'est que l'accouchement est spontané, comme cela se produisit dans les faits observés par Rémy, Pinard et par Imbert signalé par Gmelin. Le

bassin reste élargi par union des symphyses au moyen d'une masse cartilagineuse.

Les complications qui peuvent surgir à la suite de la disjonction traumatique sont analogues à celles causées par les autres facteurs étiologiques, mais comme la disjonction traumatique ne s'observe, le plus souvent, qu'à la suite d'un trauma d'une grande intensité, nous avons des phénomènes de shock qui viennent assombrir le tableau dès les premiers moments. Nous pouvons observer des signes de commotion cérébrale, de choc traumatique qui peuvent être rapidement mortel : dans le cas du maçon de Martin (observ. n° 3) la mort survint une demi-heure après l'entrée du blessé à l'hôpital.

L'éventualité de complications herniaires semble possible si nous en croyons l'observation de Murville, mais la réduction fut faite et le blessé ne ressentit aucun trouble ultérieur.

Du côté de l'urètre on a signalé l'urétrite traumatique, comme une des complications, c'est le cas du malade cité dans la thèse de Moreau : « urétrite, dit cet auteur, qui n'était certainement que traumatique, puisque sa femme, ayant accouché quelques jours après, nous n'avons constaté ni chez elle, ni chez son enfant, de signes de blennorrhagie. »

La paralysie vésicale temporaire a été plusieurs fois constatée, mais les complications les plus graves sont les ruptures de l'urètre et les déchirures plus ou moins étendues de la vessie.

Les ruptures de l'urètre sont plus fréquentes dans les cas de fractures du pubis que dans les cas de luxation ; cependant l'urètre peut se rompre dans la simple contusion du bassin. Dans sa thèse sur le rétrécissement traumatique de l'urètre membraneux, de Paris, 1897, Ravanier

établit que ces rétrécissements reconnaissent comme cause, dans nombre de cas, une fracture du pubis ou une disjonction symphysienne, et il rapporte une observation typique relatée d'ailleurs dans la thèse de Grégory (Paris, 1879) : « Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui présentait un rétrécissement traumatique de l'urètre survenu dans les circonstances suivantes : il aidait son père à graisser les roues d'une charrette lorsque l'une d'elles tomba sur lui et le renversa à terre sans mouvement. » A l'examen, qui eut lieu le soir même, on constata une légère ecchymose dans la partie supérieure de la cuisse et au périnée; tuméfaction apparente, douleurs vives de ces parties; absolument rien d'anormal dans les os et les articulations du bassin. Le symptôme capital est une rétention d'urine complète, pour laquelle on pratique le cathétérisme; à la portion membraneuse, la sonde est arrêtée par un obstacle qui finit par être franchi et l'on pénètre dans la vessie. A partir de ce jour, tous les efforts de cathétérisme furent infructueux; une fois cependant, une petite bougie filiforme dépassa le rétrécissement, mais elle ne fut pas fixée dans le canal. Depuis, le blessé vide complètement sa vessie. A son entrée à l'hôpital, on essaie de franchir la stricture, mais en vain. L'urétrotomie externe est pratiquée sans conducteur; on laisse une sonde à demeure. Un mois après, le malade sortait guéri.

La déchirure urétrale paraît avoir été causée par une disjonction de la symphyse, puisque immédiatement après l'accident on n'a retrouvé aucune trace de fracture du pubis.

Ravanier cite ensuite une observation de rétrécissement membraneux dû à une disjonction symphysienne qui est aussi caractéristique et qui légitime l'opinion de Bazy, qui admet que la disjonction de la symphyse pubienne

occasionne au niveau de l'urètre membraneux des lésions identiques à celles dues à la fracture.

La rupture de l'urètre peut n'être que peu importante, n'intéressant qu'un point de la paroi et ne gênant que fort peu la miction : d'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent dans le traumatisme qui nous occupe, le canal est entièrement séparé, de telle sorte qu'il existe deux segments plus ou moins écartés l'un de l'autre et séparés par un épanchement sanguin.

Le cathétérisme explorateur renseignera sur l'état de l'urètre, mais il sera pratiqué avec une extrême prudence et de préférence avec une sonde molle. Quelques auteurs conseillent cependant le cathéter métallique et non la sonde molle en gomme, qui se replie.

L'impossibilité d'uriner, l'urétrorragie, une tumeur au périnée, fluctuante, molle, ecchymotique, complèteront le diagnostic de cette rupture.

Comment se produisent ces déchirures de l'urètre ? c'est d'abord la faible distance de 15 à 20 millimètres qui sépare le pubis de la portion membraneuse ; il suffit d'un déplacement minime pour que l'os arrive au contact de la paroi urétrale.

Le ligament inférieur ou ligament arqué, ou *ligamentum arcuatum*, dur, résistant et tranchant, joue également un grand rôle dans cette déchirure ; dans les chutes à califourchon c'est sur lui que vient se sectionner l'urètre comprimé entre la symphyse d'une part et l'obstacle que rencontre le périnée d'autre part.

Mais une des raisons qui explique encore cette rupture, c'est la fixité de l'urètre membraneux dans l'aponévrose périnéale moyenne. Il n'est pas nécessaire qu'un fragment du pubis soit déplacé ou enfoncé pour engendrer cette rupture, car, ainsi que le dit Terrillon, « la simple

dislocation qui se produit au niveau de la symphyse aura pour effet de faire chevaucher les deux os l'un sur l'autre. Les aponévroses, suivant le mouvement de leur point d'attache, seront distendues de la même façon : les plans ne se correspondant plus, l'urètre qui les traverse sera déchiré par le fait de ce trouble dans le parallélisme de ses parois »

Dans plusieurs observations, on remarque que la perforation ou la rupture de la vessie fut constatée : cette lésion est à vrai dire plus souvent retrouvée avec les fractures du pubis. Néanmoins la dislocation de la symphyse pubienne, amenant une distension excessive des ligaments vésico-pubiens, peut amener une déchirure plus ou moins étendue de la paroi vésicale. D'autre part, un pubis luxé et dépouillé de son fibro-cartilage peut par sa surface rugueuse venir léser la vessie. Mais il semble qu'il faille faire intervenir aussi l'état de réplétion de la vessie, cette dernière sera plus facilement traumatisée qu'elle sera dans un état plus marqué de distension.

A côté de ces complications, les plus fréquentes, on a signalé des contusions de la veine iliaque avec thrombose consécutive ; des hémorragies du plexus veineux de Santorini, des névrites et des troubles trophiques ont été constatés dans les membres inférieurs ; enfin, comme dans les cas de disjonctions dues à la puerpéralité, il ne faut pas oublier l'entorse de l'articulation sacro-iliaque, parfois compliquée d'arthrite.

S'il est un point de doctrine chirurgicale généralement accepté et confirmé par l'observation clinique, dit Begin dans son rapport du 17 août 1847 à l'Académie de médecine, c'est celui qui concerne le pronostic toujours excessivement grave des fractures et des luxations du squelette du bassin, produite par des causes extérieures.

La gravité du pronostic, dans les disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne, tient autant à la violence du traumatisme lui-même, qu'au trouble profond apporté dans la statique du corps par la désunion des pubis, « l'arc boutant de la ceinture pubienne », auquel il faut ajouter la possibilité des complications énumérées.

Sans doute, les progrès de la technique chirurgicale permettront une restauration de l'urètre sectionné, une suture de la paroi vésicale n'est point pour faire reculer les chirurgiens qui n'acceptent plus le vieil aphorisme hippocratique : *cui persecta vesica lethale*. Le pronostic de ces lésions est beaucoup moins défavorable, mais si nous laissons de côté les diverses complications pour n'envisager que le pronostic de la luxation proprement dite, convient-il d'être optimiste ?

Constatons tout d'abord la létalité élevée puisque sur vingt observations nous pouvons constater cinq cas de mort. Nous remarquons ensuite la durée fort longue de l'incapacité, après une immobilisation variant entre quarante jours et quatre mois, les blessés quittent le repos forcé, mais la plupart du temps, les documents recueillis ne nous permettent pas de croire à la réparation intégrale de l'articulation. Dans notre observation nous avons signalé que 19 mois après l'accident la consolidation n'était pas obtenue ; la plupart des cas observés n'ont pas été suivis assez longtemps après le traumatisme pour que l'on puisse affirmer que la cicatrisation fut toujours complète.

On peut, semble-t-il, comparer avec quelque vraisemblance la disjonction de la symphyse pubienne à la symphyséotomie, en tenant compte de ce fait capital, c'est qu'au lieu d'une opération méthodiquement et prudemment conduite, nous avons affaire à une force brutale et

aveugle qui ne limite pas son action à la seule symphyse pubienne. En tenant compte de ce fait, en laissant de côté les complications immédiates ou ultérieures, nous pouvons, avec Murville, comparer la divulsion de la symphyse pubienne à celle produite chez la femme dans un but thérapeutique; « elle ressemble, en effet, assez bien à une espèce de symphyséotomie dans laquelle les tégu-ments n'auraient pas été incisés; en d'autres termes, elle représente assez bien exactement une symphyséotomie sous-cutanée ».

Peu d'opérations suscitèrent une polémique aussi violente et aussi passionnée que la symphyséotomie, et à l'heure actuelle encore, quand on cherche à se faire une opinion sur ce fait, on se heurte à des contradictions, à des divergences d'opinions qui indiquent nettement que l'accord est loin d'être fait sur ce point. La discussion ne fut pas toujours très courtoise, un auteur parlait de « polémique dégoûtante », tant il est vrai de reconnaître avec Bacon « qu'il est difficile de ne point parler l'œil humecté par les passions humaines ».

Baudelocque et Murat parlaient « de lésions aussi nombreuses qu'effroyables produites par cette intervention ». Tillaux déclare : « que l'on ne peut obtenir d'écartement sérieux et efficace des pubis qu'au prix de désordres considérables, tant du côté des parties molles que du côté de la symphyse sacro-iliaque et cette opération n'est point passée dans la pratique ».

A la Société d'Obstétrique, en janvier 1903, M. Poirier de Clisson montre une femme rachitique, symphyséotomisée, qui, par suite de la mobilité des deux parties de la ceinture pulvienne, présente une boiterie très marquée et une gêne dans la marche.

Les traités classiques prétendent, au contraire, que

les opérées reprennent leurs occupations antérieures, sans que l'on constate une plus grande mobilité des deux os iliaques.

L'on voit donc combien les auteurs sont divisés, nous n'insisterons pas davantage sur ce point, mais si nous consultons les trois statistiques que donne Gotchaux dans sa thèse sur la symphyséotomie, nous voyons que sur les 148 opérations faites de 1777 à 1858, — de 1866 à 1880. — de 1881 à 1886, il signale 46 morts et dans ces trois séries d'observations, les incontinenances d'urine, les fistules urinaires, les fistules vésico-vaginales, les prolapsus utérins, la boiterie se présentèrent habituellement chez les femmes qui résistèrent. Sans doute il est juste de faire la part de l'infection dans cette léthalité, cette statistique comportant beaucoup d'opérations faites avant l'ère antiseptique, mais nous sommes obligés de constater la grande fréquence des complications qui surgirent.

Il faut d'ailleurs noter que la symphyséotomie, l'opération de Sigault abandonnée peu après son apparition, puis remise en faveur grâce aux travaux de Morisani, de Spinelli, de Pinard, de Varnier, de Farabeuf est un peu délaissée à l'heure actuelle et semble céder le pas à la pubiotomie ou hébotomie, ou taille latérale du pubis, imaginée au commencement du siècle dernier par Champion, de Bar-le-Duc, remise en honneur par Leonardo Gigli, de Florence (*Presse médicale*, 1905) qui en a précisé la technique, et introduite en France par MM. Bar et Porak.

Ce qui a conduit Gigli à préférer l'ostéotomie à l'arthrotomie, c'est qu'il vit « avec beaucoup d'étonnement, à la suite des symphyséotomies, et de ces opérations seulement, survenir les conséquences morbides les plus irrégulières et les plus graves »; il a constaté : « après les

symphyséotomies, les guérisons les moins désirables. Je n'ai jamais vu de première intention en dehors de celles dont on peut lire les rares relations dans les statistiques ».

De l'ensemble des différentes opinions émises, un fait se dégage : c'est que la section de l'articulation pubienne n'a pas toujours donné d'heureux résultats et la tendance actuelle, devant le retard et le défaut de la consolidation, est de remplacer la section articulaire par la section osseuse.

Si le retard, l'irrégularité et même le défaut de cicatrisation ont été constatés lorsque l'article était méthodiquement disjoint, on admettra facilement que cette consolidation devra être encore plus défectueuse et parfois problématique lorsque cette divulsion sera le fait d'un traumatisme accidentel.

Le pronostic primitif est donc très grave, dit Moreau, puisqu'il y a une mortalité élevée ; le pronostic secondaire est rendu fâcheux par une impotence fonctionnelle plus ou moins durable des membres inférieurs. Il ajoute que le pronostic définitif n'est pas toujours aussi sombre, puisqu'une vraie guérison est encore possible, même à 56 ans.

Moreau se base sur le cas du colonel rapporté par Murville pour établir ce pronostic définitif, mais en réalité, nous ne pouvons pas affirmer que la guérison était complète chez le colonel, Murville déclare que l'état du blessé s'améliore si sensiblement qu'il se considère comme guéri, il nous semble plus exact de dire, qu'à l'heure actuelle, les malades n'ont pas été revus assez longtemps après l'accident, pour nous permettre de fixer d'une manière précise le pronostic définitif.

Une dernière question se pose à propos du pronostic de

la lésion qui nous occupe : la loi sur les accidents du travail met le médecin dans l'obligation d'exprimer son pronostic en une formule presque mathématique, lorsqu'elle lui demande d'évaluer l'incapacité de travail subie par l'ouvrier du fait du traumatisme. Cette approximation, toujours très malaisée, devient particulièrement difficile pour les cas de disjonction traumatique de la symphyse pubienne. Si nous tenons compte de la gravité du pronostic primitif et de la violence du traumatisme subi, si nous retenons la longueur du repos forcé et si nous admettons que la consolidation est toujours très lente et parfois incomplète, nous ne trouverons pas exagéré le taux de 70 0/0 auquel a été fixée l'incapacité de travail que présente l'ouvrier cité dans une de nos observations. Et s'il était admis, ainsi que nous le pensons, que le pronostic définitif ne peut être établi, au point de vue de la *restitutio ad integrum* de la ceinture pelvienne, nul doute que cette estimation ne serait pas en rapport avec le dommage causé à l'ouvrier par le fait de ne plus pouvoir se livrer à un travail nécessitant une station debout tant soit peu prolongée.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

En présence d'une disjonction, d'une rupture de la symphyse pubienne, les indications thérapeutiques se résument en ces deux propositions : 1^o chercher à rapprocher les surfaces osseuses ; 2^o les maintenir autant que faire se peut en contact intime pour faciliter la réparation cicatricielle. On traitera enfin les complications qui peuvent se produire soit au moment où l'accident a eu lieu, soit ultérieurement.

Pour rapprocher les surfaces osseuses, il faut, comme dit Trousseau, « suppléer à l'insuffisance momentanée des moyens de contention intrinsèque par une contention extrinsèque, il faut, ajoute-t-il, mettre un cercle à un bassin dont les douves se sont écartées ».

Une ceinture quelconque formant bandage contentif autour du bassin constituera un moyen d'urgence qu'il serait facile d'employer extemporanément.

L'immobilisation dans un bandage de corps doublé de ouate et bien serré sera un excellent moyen de contention et de fixation ; ce procédé est déjà vieux, Bikker en 1763 eut l'idée de serrer les os du bassin à l'aide d'un bandage roulé et il appliqua ce bandage sur une femme accouchée depuis trois semaines.

Si au lieu d'un simple écartement ou d'une disjonction

peu accentuée nous avons une sub-luxation ou une luxation complète, pour que les surfaces osseuses puissent être rapprochées et ramenées dans leur contact normal, il faut bien entendu réduire la luxation, or cette réduction n'est pas toujours chose facile.

Salleron indique le procédé suivant : « le plein d'un drap plié suivant sa longueur est appliqué sur la partie postérieure et supérieure de la cuisse du côté sain, au dessous de la tubérosité ischiatique. Les deux chefs ramenés en avant sont croisés sur l'épine iliaque antéro-supérieure correspondante, portés ensuite l'un en avant, l'autre en arrière du tronc qu'ils enchainent très obliquement, ils sont fixés à la tête du lit. De sorte que cette pièce de linge est destinée à fixer le bassin aussi solidement que possible. Le plein du second drap, plié en long, est appliqué sur la cuisse du côté luxé, un peu au-dessus de la rotule ; les chefs croisés sous le jarret et ramenés sur les parties latérales de la jambe un peu fléchie sur la cuisse, sont confiés à deux aides chargés de l'extension, avec recommandation de tirer d'une manière lente, modérée, continue et sans secousses ; le blessé, couché sur le côté sain du bassin, la cuisse du côté luxé soutenue horizontale et parallèlement à l'axe du corps. Placé en arrière je presse sur l'épine iliaque postérieure, en la poussant de haut en bas et d'arrière en avant : les tractions, aidées de la pression, produisent presque instantanément une réduction complète accompagnée d'une secousse brusque et d'un bruit caractéristique parfaitement senti par le blessé ».

Cette réduction dans un cas de Salleron (Observation n° 10) s'est faite spontanément au moment où l'on faisait tourner le blessé sur le côté gauche.

Pour Murville, la réduction n'offre pas de difficultés : « Il

suffit de rapprocher les pubis à l'aide d'un bandage de corps fortement serré autour du bassin, secondé par une bande qui tenait les deux genoux réunis, et les membres inférieurs furent maintenus fléchis sur un double plan incliné formé par des coussins » .

Hamilton conseille simplement le repos absolu dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le tronc, le bassin maintenu par un bandage contentif.

Le docteur Moreau, citant un cas de Guermontprez, déclare que la réduction tentée comme l'indique Salleron ne réussit pas : « malgré de nombreux efforts d'extension, d'abduction et même d'écartement des membres inférieurs, au moyen de lacs passés en cravate à leur racine et dirigés aussi horizontalement que possible, il est impossible d'obtenir une réduction complète. A plusieurs reprises, les chirurgiens recommencent ces tentatives, mais ils n'obtiennent qu'une diminution de chevauchement avec quelques craquements » . Le malade réussit, d'ailleurs, à réduire lui-même sa luxation en essayant de se retourner dans son lit, laissant le côté malade du bassin former pivot, en même temps qu'il soulevait et inclinait le côté sain, tout en imprimant à la partie supérieure du tronc des mouvements de torsion. Au moment où il passait du décubitus dorsal dans le décubitus ventral, le blessé ressentit une forte sensation de réduction en même temps qu'il se sentait immédiatement soulagé.

Toutefois, si la réduction est difficile, parfois pénible, il est encore beaucoup plus difficile de la maintenir réduite et de faire coïncider les surfaces articulaires.

Tout d'abord l'on prescrira le repos le plus absolu, au lit, dans le décubitus dorsal et l'on essaiera d'immobiliser le bassin.

L'immobilisation a été essayée au moyen des appareils

plâtrés, mais ils sont mal supportés, peu commodes et de plus assez difficiles à appliquer sur cette région.

La ceinture de Martin, préconisée par Tarnier, a donné de bons résultats chez les femmes symphyséotomisées : « elle se compose d'un cercle de fer ou d'acier, analogue à celui que les forgerons mettent autour des jantes d'une roue de voiture. Ce cercle, haut de 4 centimètres et bien matelassé, doit passer entre le grand trochanter et la crête iliaque et entourer le bassin sur lequel il sera exactement moulé. Il est interrompu à sa partie antérieure, où l'une des extrémités porte une courroie tandis que l'autre présente une boule ou bouton métallique, on peut donc la serrer énergiquement.

Sur les indications de Pinard et de Ribemont-Dessaignes, Collin a construit une ceinture plus simple et mieux supportée que la ceinture métallique, elle ne fait pas le tour complet de l'accouchée et permet la surveillance de la région pubienne.

L'immobilisation du bassin ne suffit pas, il faut de plus entraver les mouvements des membres inférieurs, ce que l'on réalise par deux liens, l'un placé à mi-hauteur des cuisses, l'autre un peu au-dessus des articulations tibio tarsiennes. Mais la position allongée des jambes étant fatigante, plusieurs auteurs recommandent de les maintenir en demi-flexion, en mettant un coussin au-dessous des creux poplités.

Pour éviter au malade tout mouvement, les chirurgiens, dit Poinso, le traducteur d'Hamilton, se servent avec de sérieux avantages de la gouttière de Bonnet qui, munie de cordes destinées à venir s'attacher sur le crochet d'une mouffle fixée au plafond, permet de soulever le blessé, pour aider à la satisfaction de ses besoins naturels, sans qu'aucun mouvement puisse se faire dans le

foyer du traumatisme et sans que le blessé éprouve par suite aucune douleur.

La luxation étant maintenue et réduite, l'on instituera un traitement antiphlogistique (glace, alimentation très surveillée, révulsion) pour prévenir si possible les accidents inflammatoires.

Chaque complication nécessitera un traitement approprié, mais pour la disjonction traumatique par violences extérieures (chute, éboulement) nous ne pouvons oublier que la violence considérable du traumatisme amènera un shock plus ou moins intense qui nécessitera les soins usuels.

L'hémorragie qui pourrait succéder à la rupture du plexus veineux de Santorini formerait un épanchement ou une infiltration dans la cavité prévésicale, mais cette complication ne semble pas sérieuse, d'autant que l'immobilité facilitant la formation du caillot assurera l'hémostasie de ces artérioles qui ne préoccupèrent jamais beaucoup les symphyséotomistes.

Plus dangereux et d'un traitement plus délicat est la rupture de l'urètre ou bien la déchirure de la vessie ; dans l'un et l'autre cas, nous pouvons avoir à traiter la rétention d'urine.

Le traitement de la rétention d'urine par la rupture de l'urètre est admirablement indiqué par Tillaux dans ses cliniques chirurgicales : « Quelle conduite tenir lorsque le malade, après le traumatisme, sentant le besoin d'uriner ne pourra le satisfaire ? Le cathétérisme explorateur nous renseignera sur l'état de l'urètre : il sera pratiqué avec prudence, au moyen d'une sonde molle.

Ayant constaté une rupture de l'urètre, l'indication pressante est de donner issue à l'urine, autant que possible par les voies naturelles, car le malade est exposé aux

accidents propres à la rétention d'urine, et de plus, à ceux de l'infiltration de ce liquide à travers le périnée.

Une sonde molle sera introduite avec prudence extrême de façon à ne pas détacher des caillots et à ne pas produire de nouvelles hémorragies : on fera suivre à la sonde la paroi supérieure ; si la rupture est incomplète, peu étendue, on peut réussir, mais ce sera exceptionnel. A plus forte raison échouerez-vous si, la rupture étant complète, les deux bouts sont séparés l'un de l'autre par un foyer sanguin.

On met le sujet dans la position de la taille, on pratique une boutonnière périnéale en incisant couche par couche jusqu'au foyer sanguin, et par conséquent jusqu'à l'urètre : on déblaye le foyer des caillots et on cherche l'orifice du canal.

Si la vessie est lésée, on introduira une sonde pour assurer l'écoulement de l'urine et l'on pratiquera la taille hypogastrique. La plaie vésicale sera nettoyée avec l'eau bouillie et l'on fera une suture à trois étages, réunissant successivement la muqueuse, la musculuse et la séreuse.

La réduction et la contention obtenue, si la consolidation ne se produisait pas, et le fait a été plusieurs fois signalé après les symphyséotomies, l'on pourrait tenter la symphyséorraphie.

A propos de la pubiotomie Bouchacourt émettait l'idée de fixer par des points de suture « non seulement les bords de la plaie cutanée, en y comprenant les parties molles sous jacentes, mais de réunir les surfaces osseuses très exactement, avec des points de suture métallique traversant, sinon tout le tissu osseux lui-même, du moins les couches conjonctives et fibreuses adhérentes au pourtour des surfaces articulaires divisées ». Et il ajoute : « il est permis d'espérer que ce mode de réunion profonde favoriserait

singulièrement l'adhésion des parties molles superficielles et mettrait le tissu osseux lui-même dans des conditions bien meilleures de cicatrisation définitive, toujours plus longue et plus difficile que pour les parties molles ».

La symphyséorraphie a été faite plusieurs fois avec succès par Zweifel, Tuffier, Binaud, Franck, et d'après ces auteurs les résultats sont si satisfaisants que l'on peut se demander s'il ne conviendrait pas de la pratiquer d'emblée, ou tout au moins dès que l'on constate du retard dans la cicatrisation.

Inutile d'insister sur le traitement général qu'il conviendra d'instituer et qui favorisera dans une certaine mesure la cicatrisation : les agents physiques : hydrothérapie, électrothérapie, ne devront pas non plus être dédaignés.

Un examen méthodique du bassin pendant la grossesse permettra souvent par une intervention opportune, d'éviter les disjonctions causées par la parturition, et dans ce cas l'accouchement prématuré, l'hébotomie seront autant de mesures prophylactiques qui pourront être dictées par les indications que le diagnostic clinique fournira.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHENBACH. — Thèse de Berlin, 1888.
- ADAMS. — Boston m. S. J., 1876, XCV.
- AEBY. — Arch. f. Anat. und Physiol. von His. u. Braü; 1878.
- AHLBORN. — Marburg, 1857.
- AHLFELD. — Thèse Leipzig, 1868.
- Schmidt. Jahrb., 1876, CLXIX.
- Berl. u. d. Wissensch., Vort. d. med. Gesselsch. zu Leipzig, 1877.
- ALDEN. — Boston medi. S. J., 1850, XLI.
- ANGER (B.). — Traité iconographique des maladies chirurgicales.
1^{re} monographie, Luxat. et fract., p. 226. Paris, 1865.
- ANSIAUX. — Cliniques chirurgicales, 1816.
- Archiw. und Atlas der normal. und path. Anatomica an Röntgen-
bilden.
- AREILZA. — Resultados experimentales y clinicos de las presiones
de las pelvis. Madrid, 1891.
- ATLEE. — West. M. e. physic. sc. Cincin., 1830, III.
- AUVARD. — Traité pratique d'accouchements.
- AWATEN. — Monatschrift für Geburst., t. XXXIII.
- AYERS. — Amer. J. of obstet., juillet 1897.
- BACH. — Thèse de Strasbourg, 1832.
- BAILLY. — Thèse de concours, 1866.
- BALANDIN. — Klin. Vorträge aus dem Gebiet. der Geb. und Gyn.
Saint-Petersbourg, 1883.
- BAR-BRINDEAU-CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouche-
ments, 1907.
- BARTHOLIN. — Anat. ration., 1669.
- BASHAM. — The Lancet, 1877.

- BAUDELOQUE. — L'art des accouchements, 1822.
— Traité d'accouchements.
BAZY. — Comm. sur un cas de disjonction de la symphyse pubienne. Bull. de la Société de chirurgie, 1902.
BEGIN. — Bull. de l'académie de médecine, tom. XII, an. 1847.
BELLOY. — Résultats immédiats et éloignés de la symphyséotomie. Th. Paris. 1899.
BETZ. — Mémoires. Heilb. 1888-1889, XXXIII.
BICHAT. — Anat. générale.
BODDAERT. — Bull. soc. de méd. de Gand. 1853.
BOIVIN (Madame). — Mémorial de l'art des accouchements, 1829.
BONTECOU. — New-York méd. journal, 1878, XXVII.
BOREL. — Lyon médical, 1895.
BOURHIS. — Thèse de Paris. 1874.
BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1831.
BRAUN VON FERWALD. — Arch. f. Gynéco, 1894, XLVII.
BUDIN. — Thèse d'agrégation, 1878.
— Progrès médical, 1875.
BURNS. — Accouchements — Maladies des femmes. Paris. 1839.
CAMERON. — Philosophical transactions, 1747, n° 484.
CAPURON. — Cours théorique et pratique d'accouchements, 1823.
CASPAR. — Thèse. Halle, 1841.
R. A. CASTRO. — De universa mulieb. morbor. medicina, 1788.
CAZEAUX. — Traité d'accouchements.
Centralblatt f. Gynécologie, 1888. (Discussion des accoucheurs allemands).
CERNE. — Normandie médicale. Rouen. 1895.
CHAILLY. — Traité pratique de l'art des accouchements, 1842.
CHARPENTIER. — Traité d'accouchements.
CHASSAGNY. — Gazette médicale de Lyon, 1864.
CHAUSSIER. — Dict. des sciences médicales, tom. LIX.
CHAVANNE. — Rev. obst. intern. Toulouse, 1896.
CHOLMOGOROW. — Vrach., mars, 1897.
CONIGLIONE. — Giorn. internaz. d. Sc. Napoli, 1881.
CONKLIN. — Amer. J. of. obst., novembre, 1892.
COOPER (Sir Atley). — Fractures and dislocations. American edit.
p. 144.

- Œuvres chirurgicales, traduct. de Chassaignac et Richelot, 1837.
- COURTY. — Art. « Bassin » du Dict. encycl. des scienc. médicales, 1868.
- CUBERTAFON. — Thèse de Paris, 1895.
- DANTAUD. — Thèse de Paris, 1867.
- DECHAMBRE. — Dict. encycl. des sciences médicales. Art. « Bassin et pubiotomie ».
- DENMAN. — Introd. à la pratique des accouchements, tome I.
- DEPAUL. — Traité d'accouchements.
— Bull. Acad. de médecine, 1880.
- DESGRANGES. — Journal de médecine, 1786, tome LXVIII.
- DESORMEAUX. — Répertoire des sciences médicales, tome V.
- Deutsche Zeitschrift Chirurgie, october 1874, bd. IV, heft 5 und 6.
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1836, art. « bassin et symphyséotomie ».
- Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes, art. « symphyse ».
- DIONIS. — Traité général des accouchements, 1718.
— Traité d'anatomie, 1729.
- DRIVER. — Boston méd. Journal, 15 sept. 1887.
- DUBOIS. — Thèse de Paris, 1879.
- DUCHÊNE. — Thèse de Strasbourg, 1869.
- DUHRSEN. — Arch. f. Gynécologie. Berlin, 1889.
- DUNCAN. — Cont. to the Mechanism of natural and morbid Parturition. Traduct. de Budin, 1876.
— Researches in obstetrica. Traduct. de Budin, 1878.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DÜVERNEY. — Traité des maladies des os. Paris, 1751.
- EIDAM. — Berlin. Klin. Wochens., 1875, XII.
- FABRICE DE HILDEN. — Observations chirurgicales.
- FAUX. — Journal de médecine de Paris, 1888.
- FARABEUF. — Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie, 1894.
— Traité de médecine opératoire.
- FERRIA. — Gazzetta medica di Torino, 1898.
- FEUILLET. — Thèse de Paris, 1865.
- FODERÉ. — Thèse de Paris, 1869.
- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, 1874.

FORGUE. — Précis de pathologie externe, 3^{me} édition.

FORGUE et MAUBRAC. — Les luxations pathologiques, leur pathogénie.

FRAISSE. — Thèse de Paris, 1882.

GALLET-DUPLESSIS. — De la symphyséotomie chez l'homme. Th. Paris, 1893.

GALLEZ. — Presse médicale belge, 1876, n° 32.

GALVAGNI. — Schmidt's Jahrb., 1869.

GARDIEN. — Traité complet d'accouchements, 1824.

Gazette médicale, 1839. Discussion à l'académie de médecine.

GIRAUD. — Journal de médecine de Corvisart an. XI, t. VI.

GLENN. — The Lancet, oct. 1893.

GJELIN. — Thèse de Tubingue, 1854.

GORDON. — Boston méd. and surgery journal, 1876.

GOSSELIN. — Clin. chirurgicale, 1879.

GOTCHAUX. — De la symphyséotomie. Thèse Paris, 1892.

GROSS-ROHMER-VAUTRIN-ANDRÉ. — Nouv. élém. de path. et de clin. chirurgicales.

GRENSER. — Monatschrift für Geburts., 1863.

GUGIN (M.). — Jowa med. et chir. sc. 1852-1853.

GUILLEMEAU. — L'heureux accouchement.

GUSSEROW. — Ger. f. u. Gyn. Sch. Berlin, 1888.

HALL. — Provincial médical and surgery journal, May 1844.

HAMILTON. — Traité des fractures et des luxations. Traduct. Poinson.

HAMON. — Journal d'accouchement de Liège, 1882.

HARAJEWICZ. — Przegląd lekarski, 1890.

HARTWIG. — Med. News. Philadelphie, 1893.

HARVEY. — De partu lib. genera. animal.

HAYEM. — Rev. des sc. méd., article « Symphyséotomie ».

HECKER. — Klinik f. Geburtskunde. Leipzig, 1880.

HEIM. — Thèse Iena 1855.

HELFERICH. — Atlas manuel des fractures et luxations. Traduct. par Delbet.

HEMPEL. — Arch. f. Gyne. t. VIII. 1875.

HIPPOCRATE. — Traité de la nature et de l'enfant.

HOFFA. — Lehrbuch der Fracturen und Luxationen. Wurtzburg, 1891.

- HUNTER. — De la symphyse du pubis.
- IMBERT. — Arch. génér. de médecine, 1835, tom. VIII.
- IMBERT A et MARQUÈS H. — Sur un cas de lux. de la symph. pub..
décélé par la radiographie in Arch. d'électricité médicale,
1906, page 382.
- IRESCO. — Thèse Paris, 1883.
- JACQUEMIER. — Traité d'accouchement.
- JOULIN. — Traité complet d'accouchement. Paris, 1867.
- JOYEUX. — Thèse de Strasbourg de 1842.
- KELLY. — Amer. J. of. obst. 1893.
— Medical Record. sept. 1893.
- KIRSCH. — Zeitschrift f. Geb. und Gyne., 1881.
— Arch. f. Gyne., 1882, t. XIX.
- KOSTLIN. — Thèse de Tubingue, 1880.
- KREILE. — Thèse de Halle, 1882.
- KUSTER. — Soc. des méd. russes de Moscou, 1894.
- LABORIE. — Gazette des hôpitaux, 1862.
- DU LAURENS. — Hist. et contro. anatom., liv. VI.
- LAWRENCE-DESAULT-BÉCLARD-MAYGRIER. — Nouvelles démonstra-
tions d'acouch. Paris, 1882.
- LE DENTU. — Clinique chirurgicale.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
- LEFÈVRE. — Bull. Acad. de méd. de Paris, 1838-1839.
- LENTE. — New-York. Journal méd. 2the ser., vol. IV, p. 286.
- LEPAGE. — Ann. de gyné. et d'obst. Paris, 1898.
- LEROY (Alphonse). — Recherches historiques sur la symph. du
pubis, 1778.
- LEVRET. — L'art des accouchements. Paris, 1761.
- LOESBERG. — Thèse Dorpat, 1856.
- LOISLIN. — Norsk. magaz. f. Lægeridenskaber, 1892.
- LOP. — Gazette des hôpitaux, 1895.
- LOSSEN. — Gaz. méd. de Strasbourg, juin 1872.
- LOUIS. — Mémoires de l'acad. roy. de chirurgie. Paris, 1837.
- LUSCHKA. — Anatomie de l'homme.
- MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations.
- MARSCHNER. — Compt. rend. de la Soc. de gynéco. de Dresde,
1893.
- MARTIN. — Journal de méd. de pharm. de Paris, 1765, tom. XXIII.

- MARTIN (A.). — Berlin. Klin. Wochens, 1879.
- MARTINELLI. — Bull. acad. de méd. Paris, 1868, t. XXXIV.
- MASSARI. — Wiener méd. Wochens, 1879.
- MATEFF. — De la luxation de la symphyse pubienne chez l'homme.
Th. Montpellier, 1906.
- MENDE. — Gemeins. d. Zeitschrift. f. Geb., t. I.
- MERCIER. — Thèse de Paris, 1883.
- MEYER (N.). — Journal de Siebold für Geb.
- MIGNON (A.). — Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, 1902, tom.
XXVIII.
- MOHRENHEIM. — Wien. Beit. z. prakt. arznk. Dessau. Leipzig, 1878.
- MORAU. — Thèse de Lille, 1897.
- MOREAU. — Sur un cas récent de disjonction traumatique de la
symphyse pubienne. Thèse de Paris, 1900.
- MORGAGNI. — Du siège et des causes des maladies, 1838.
- MOYNAC. — Eléments de pathologie et de clinique chirurgicale.
- NAEGELE et GRENSER. — Traité d'accouchement.
- NAUGHTON (M.). — Brooklyn. m. J., 1890.
- OELSCHLAGER. — Centralblatt. f. Gynæk., 1893.
- PAPAVOINE. — J. des Progrès. t. XII.
- PARÉ (A.). — OEuvres, liv. XXIII. Lyon, 1685.
— De la génération.
- PAULLI. — Gynæk. og. obst. medd. Kjoberch, 1880, III.
- PERKINS. — Kansas City méd. R. 1888.
- PHILIPPE DE CHARTRES. — Mém. de l'acad. roy. de chirurgie, tom.
IV. Paris, 1784.
- PHENOMENOW. — In Revue de Hayem, 1883.
- PIGELET. — Journal de méd. et de chirurg. de Bruxelles.
- PIET. — Dissert. sur l'écart. des os du bassin dans le travail de
l'accouchement.
— Recueil périodique de la Soc. de méd. de Paris, 1797, t.
II.
- PINARD. — Ann. de gynécologie et d'obstétrique 1892, 1894, 1898
et 1902.
- PINEAU (S.). — Opusc. anat. et physiol., 1597.
- PLAYFAIR. — Traité théorique et pratique de l'art des accouche-
ments, 1879, trad. Vermeil.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.

- PORTAL. — Cours d'anatomie médicale. Paris, 1804.
- POULET et CHASSAIGNY. — Recherches sur la force nécessaire pour rompre la symphyse pubienne, 1864.
- POULLET. — Mém. et Comp. rend. de la Soc. méd. de Lyon, 1863-1864.
- PUTEGNAT. — Journal de médecine de Bruxelles, 1843.
- PUZOS. — Traité des accouchements, 1759.
- Quatres agrégés (RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY) : Manuel de pathologie externe.
- QUEYREL. — Ann. de gynécol. et d'obstétrique, 1895.
- RAVANIER. — Thèse de Paris, 1897.
- REMY. — Arch. de tocologie, 1887-1890.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RICARD et BOUSQUET. — Traité de pathologie externe.
- RICHERAND. — Vices du bassin. Nosographie chirurgicale, t. IV.
- RIEFFEL. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, 1896.
- ROBERT. — Thèse sur les vices congénitaux des articulations.
- RUDAUX. — Rupture de la symph. pubien. au cours de l'accouch. Thès. Paris, 1898.
- SALLERON. — Archives générales de médecine, 1871, p. 34.
- SAPPEY. — Anatomie humaine.
- SCANZONI. — Lehrbuch der Geb. 1867.
- SCHATZ. — Arch. f. gynæk., t. III.
- SCHAUTA. — Mullers Handbuch f. Geb., t. II.
- Allg. Wiener med. Zeit., 1882.
- SCHROEDER. — Lehrbuch d. Geb. 1878.
- SCHWARTZ. — Art. pubis du Dict. de méd. et chir. pratique, 1881.
- SCHWEGEL. — Monatssch. f. Geb., t. XIII.
- SHONBERG. — Norsk Magaz. f. Læger, 1892.
- SIGAULT. — Mém. sur la symphyséotomie, 1758.
- SMELLIE. — Obs. sur les accouchements, t. II.
- SOUQUET et HENNEQUIN. — Mém. de la Soc. roy. de méd., tomes I et II.
- STOLTZ. — Bull. de thérapeutique, 1843.
- STUDLEY. — Amer. J. of. obst., 1879.
- TARNIER. — Journal des sages-femmes, 1875.
- Traité d'accouchement.
- TARNOWSKY. — Peters. méd. Zeitschrift, 1875.

- TENON. — Mémoires de l'Institut, tome IV.
TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
— Traité d'anatomie topographique.
THRUSTON. — Med. news, 21 févr. 1885.
TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique.
— Traité d'anatomie topographique.
TREFURT. — Abhandl. u. Erfahr. Göttingue, 1844.
TRELAT. — Clinique chirurgicale.
TROUSSEAU. — Union médicale, 1865.
TUFFIER. — Traité de chirurgie.
ULSAMER. — N. Zeitschr. f. Geb. Berlin, 1835.
VARNIER. — Rapport sur la symphyséotomie au congrès de Moscou.
VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements, 1829.
VESALE. — Librorum de humani corporis fabric. Epist. 1647.
VOILLEMIER. — Clinique chirurgicale, 1862.
WAHL. — Bay. Arztl. Intell. Bl. 1877.
WEBSTER. — Edinburg med. J., 1870.
WINCKEL. — Path. des Wochenbett., 1878.
WINCKLER. — Arch. f. Gyné., 1870.
ZWEIFEL. — Cent. f. Gyn., 1872.
-

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 23 novembre 1907.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé
Montpellier, le 23 novembre 1907
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	15
CHAPITRE II. — Anatomie de la symphyse pubienne.	19
CHAPITRE III. — Considérations physiologiques sur la sym- physe pubienne	28
CHAPITRE IV. — Observations	33
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique	74
CHAPITRE VI. — Etiologie et mécanisme	81
CHAPITRE VII. — Symptômes et diagnostic	92
CHAPITRE VIII. — Complications et pronostic	100
CHAPITRE IX. — Traitement	114
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	121

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

